Düsseldorfer Arbeiten zur Geschichte der Medizin

Begründet von Prof. Dr. med. Wilhelm Haberling
Herausgegeben von Prof. Dr. med. Hans Schadewaldt

Heft 51

Geschichte des Krankenhauswesens in Wilhelmshaven

von

Dr. med. Adelgunde Rohlfs

1978

Triltsch Verlag Düsseldorf

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544323_0019

Düsseldorfer Arbeiten zur Geschichte der Medizin

Begründet von Prof. Dr. med. Wilhelm Haberling
Herausgegeben von Prof. Dr. med. Hans Schadewaldt

Heft 51

Geschichte des Krankenhauswesens in Wilhelmshaven

von

Dr. med. Adelgunde Rohlfs

Triltsch Druck und Verlag Düsseldorf

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin der Universität Düsseldorf
Direktor: Prof. Dr. med. H. Schadewaldt

Als Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät Düsseldorf vorgelegt von
Adelgunde Rohlfs

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf
1978

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

gez.: Prof. Dr. med. Hans Reinauer

I. Berichterstatter
gez.: Prof. Dr. med. Hans Schadewaldt

II: Berichterstatter
gez.: Prof. Dr. med. Fritz Kazmeier

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Alle Rechte vorbehalten
Nachdruck und Veröffentlichung jeglicher Art, auch Mikroverfilmung
und auszugsweise, verboten
© by Triltsch Druck und Verlag Düsseldorf 1978
Herstellung Triltsch Druck und Verlag Düsseldorf
82268.1.0,3.7811

Meinem guten Vater

in Dankbarkeit gewidmet

V O R W O R T

In der vorliegenden Arbeit wird die Entwicklung des Krankenhauswesens in Wilhelmshaven bis 1975 geschildert. Als Unterlagen dienten Akten aus den Archiven der Stadt Wilhelmshaven, Aurich, Oldenburg, sowie aus dem Militär-Archiv in Freiburg/Br. und auch Unterlagen, Verwaltungsberichte aus den örtlichen Krankenanstalten und Zeitungsberichte, soweit sie durch Kriegseinwirkungen nicht verloren sind. Die schriftlichen und mündlichen Zeugnisse von Zeitgenossen waren bei der Anfertigung der Arbeit von besonderer Wichtigkeit.

Hier möchte ich allen danken, die dazu beigetragen haben, die schriftlichen Zeugnisse zu ergänzen und zu vervollständigen.

Gedankt sei Herrn J. B r ü n i n g, Personalsachbearbeiter des ehemaligen Marinelazaretts Wilhelmshaven, Wilhelmshaven, Middelsfährstr. 3

Herrn W. H o r m a n n, Verwaltungsleiter des St. Willehad-Hospital, Wilhelmshaven

Herrn H. K r u s e, Verwaltungsleiter des Reinhard-Nieter-Krankenhauses, Wilhelmshaven

Herrn Professor Dr. M e n z e l, Chefarzt der Kinderklinik, Reinhard-Nieter-Krankenhaus Wilhelmshaven

Herrn Dr. G. M i c h a l k e, Medizinal-Direktor, Gesundheitsamt Wilhelmshaven

Herrn Theodor M u r k e n, Schriftleiter, Wilhelmshaven, Bremerstr. 117

Herrn Dr. R e i n h a r d t, Oberkustos des Stadtarchivs und Küstenmuseums, Wilhelmshaven

Herrn Admiralarzt Dr. R o b b e r s, Marineamt Wilhelmshaven

Herrn Dr. W. S c h u m a n n, Oberstadtdirektor a. D. Wilhelmshaven, Adalbertstr. 30

Herrn Dr. H. G. S t ö s s e l, Chefarzt der Röntgenabteilung des Reinhard-Nieter-Krankenhauses Wilhelmshaven.

Disposition

I Einleitung 1

1) Überblick über die geschichtliche Entwicklung Wilhelmshavens 4

2) Malaria und andere Krankheiten in Wilhelmshaven 16

II Hauptteil 27

1) Das Marinelazarett 27

a) Von der Gründung bis zur Auflösung 27

b) Neueinrichtung 1957 und weitere Entwicklung 38

2) Werft-Krankenhaus 41

3) Städtisches Krankenhaus 51

4) St. Willehad-Hospital 58

5) Private Krankenhäuser 83

a) Privatkrankenanstalt 83

b) Private Entbindungsanstalten 85

6) Paul-Hug-Kinderheim 89

7) Städtische Krankenanstalten 98

8) Reinhard-Nieter-Krankenhaus 146

a) Entwicklung 146

b) Gliederung und Ausstattung 158

III Zusammenfassung 171

Literaturverzeichnis 174

Anhang (Abbildungen) 180

I Einleitung

Die Geschichte des Krankenhauswesens in Wilhelmshaven ist verbunden mit der wechselhaften Geschichte der Stadt selbst und mit Oldenburg, der Entwicklung des Jeverlandes, Ostfrieslands, Niedersachsens sowie Preußens. Es dauerte noch einige Jahre, nachdem am 20. 7. 1853 Oldenburg einen Teil des Jadegebietes an Preußen abgegeben hatte, bis Krankenanstalten gegründet wurden. Die Entwicklung der Krankenanstalten ist an der Geschichte der Kriege 1914 bis 1918 und 1939 bis 1945 abzulesen, denn der preußische Kriegshafen bestimmte weitgehend das Sozialgefüge der Stadt, so wie sie wiederum durch die Kriegsvorbereitungen, Kriege und Friedenszeiten geprägt wurde.

In den deutschen Landschaften hat sich die Geschichte des Krankenhauswesens unterschiedlich entwickelt und ist von den geographischen, geschichtlichen und gesellschaftlichen Bedingungen geprägt worden. Dennoch gibt es eine Reihe von Tendenzen und Strömungen, wie z.B. die Entfaltung der naturwissenschaftlich orientierten Medizin im 19. Jahrhundert, die zu allgemeinen Beobachtungen führen.

Abgesehen von der Gründung eines Privatkrankenhauses und des katholischen St. Willehad-Hospitals, das verbunden mit dem Diaspora-Gedanken aus christlichen Traditionen getragen wurde, sind alle anderen Krankenhausgründungen zurückzuführen auf die Verpflichtung des Staates und der Kommunen, Kranken und Hilfsbedürftigen Betreuung und Unterkunft zu gewähren. Hierin zeigt sich die Säkularisierung des Krankenhausgedankens.

Weiterhin ist das Krankenhauswesen Ende des 19. Jahrhunderts und zu Beginn des 20. Jahrhunderts geprägt durch bedeutende naturwissenschaftliche Entdeckungen und Entwick-

lungen, die bei der Planung neuer Bauten berücksichtigt wurden, wie z. B. die aseptische Wundbehandlung, die Benutzung von Röntgenapparaten, die Einrichtung von Telefonanschlüssen .... So spiegelt sich auch in Wilhelmshaven die medizinisch-technische und apparative Weiterentwicklung wider in der jeweiligen Neuausrüstung der Krankenhäuser.

Gerade in Wilhelmshaven zeigen sich die sich nach 1850 herausbildenden, immer komplizierter werdenden Organisationsformen des Krankenhauswesens: das staatlich geführte, das kirchlich getragene, das städtisch geforderte Krankenhaus sowie private Trägerschaften. Es soll nicht verschwiegen werden, daß diese Untersuchung lückenhaft ist. Dies hat verschiedene Ursachen, und zwar

- die unzureichenden schriftlichen Zeugnisse über die tatsächlichen Verhältnisse in der Praxis, da die Festschriften und Akten nur ein unvollständiges Bild geben und Zustandsschilderungen nur indirekt aus dem vorhandenen Material erschlossen werden können;
- die Vernichtung von umfangreichem Quellenmaterial durch Kriegseinwirkungen.

Außer einigen verstreuten Kurzberichten in Fest- und Denkschriften gibt es bisher keine zusammenfassende Untersuchung der Entwicklung des Krankenhauswesens in Wilhelmshaven. So war es Aufgabe dieser Arbeit, die noch vorhandenen Quellen zu sichten und zu sichern, sowie die in vielen Publikationen enthaltenen Bemerkungen thematisch zu ordnen, wobei die Anregungen und Hinweise der Kollegen dankbar aufgegriffen wurden.

Daß in der Beurteilung der gegenwärtigen Situation des Krankenhauswesens die historische Dimension nicht vergessen werden sollte, dazu soll diese Arbeit einen Beitrag leisten und aufzeigen, daß bei der Gründung und Errichtung

von Krankenhäusern nicht nur medizinische, sondern auch politische, soziologische und wirtschaftliche Faktoren eine Rolle spielten.

1) Überblick über die geschichtliche Entwicklung Wilhelmshavens

Die Entwicklung des Krankenhauswesens in Wilhelmshaven ist unmittelbar verbunden mit den national- und weltgeschichtlichen Ereignissen seit 1853. Die Einwohnerzahlen - und damit die krankenhausmäßige Versorgungsnachfrage - wuchsen bzw. sanken in diesem Gebiet jeweils im Zusammenhang mit den verschiedenen Bau- und Ausbauabschnitten von Hafen, Marinearsenal und Werft sowie mit der Bedeutung, die dem Hafen während der Kriege bzw. in den Nachkriegsjahren beigemessen wurde.

Die Jade als Kriegshafengebiet und als Flottenstützpunkt einzurichten, geht auf strategische Überlegungen zurück, die schon mehrmals im Laufe der vergangenen Jahrhunderte angestellt wurden. So wurde von GERD von OLDENBURG (1431 - 1500) bereits 1454, als gegen die Hanse gekämpft wurde, von Varel aus im Jadegebiet ein Stützpunkt angelegt.
Die Anlage eines Hafens für das Jeverland wurde erneut um 1800 erwogen, doch scheiterte die Durchführung des Planes an den hohen Kosten. Auch die Pläne Preußens, die strategische Bedeutung des Jadebusens im Kampf gegen NAPOLEON I. (1769 - 1821) voll auszunutzen, wurden zunächst mit der Niederlage NAPOLEONS I. aufgegeben. Nach den Verhandlungen um die Jahrhundertmitte kam es zwischen Oldenburg und Preußen am 20. Juli 1853 zum Vertrag, der später dem preußischen und oldenburgischen Landtag vorgelegt wurde.
Die Verhandlungen wurden zunächst geheim geführt, um Österreich, Dänemark, die Stadtstaaten und das Haus Hannover nicht durch die neue Flottenpolitik zu beunruhigen.
Nach der Veröffentlichung der Verträge durch die Gesetzesblätter erfolgte am 23. November 1854 die zeremonielle Übergabe des neuen Gebietes an Preußen.

Ziel und Zweck der Errichtung des neuen Nordseekriegshafens war es, "die Aufrechterhaltung Preußens und Oldenburgs auf den Meeren, welche die Küste beider Länder bespülten, zu sichern", wie es in der Denkschrift der Admiralität formuliert wurde. 83)

Als es in der Mitte des 19. Jahrhunderts zur Gründung des preußischen Kriegshafens kam, erwuchsen durch die Abtretung von Hoheitsrechten des Großherzogtums Oldenburg an das Königreich Preußen neue Probleme in einer Gegend, die weitgehend als mittel- bis großbäuerliches Agrargebiet zu charakterisieren war. Die rasche Entwicklung eines für das Gebiet völlig fremden Industriezentrums mit dem Staatsbetrieb "Kaiserliche Werft" warf vor allem soziale Probleme auf. Hinzu kam noch, daß durch die rasch anwachsende Stadt das ursprüngliche Hoheitsgebiet Preußens verlassen wurde.

Die Not in den Arbeitervierteln war groß, zumal sich die Stadt durch starke Zuwanderung erheblich vergrößerte. Vor allem Landleute, Weinbauern und Tagelöhner kamen aus fast allen deutschen Provinzen, um in der neu gegründeten Stadt ihr Glück zu versuchen, denn die Gründerzeit schien Arbeit und soziale Sicherheit zu versprechen. So erfuhr das Jadegebiet in kurzer Zeit eine tiefgreifende Wandlung der Wirtschafts- und Sozialstruktur. Hier der Großarbeitsplatz und die ständig steigende Nachfrage nach Arbeitskräften im Hafenbau und später bei der Kriegsmarinewerft, dort die Wohnkolonien der Arbeiter.

Schon im Vertrag, der im Oldenburger Landtag 1854 diskutiert wurde, wurde die zu erwartende Veränderung der Sozialstruktur diskutiert:

> "Sodenn ist nicht zu erkennen, daß die Einfachheit der Sitten der Bewohner des fraglichen Landesteils durch die infolge der Errichtung eines solchen Etablissements entstehende Bewegung im Leben und Verkehr nicht weggewiesen werden darf ....." 90) S. 480

Aus dem agrarisch strukturierten Gebiet wurden Wohnkolonien der Industriearbeiterschaft. Im Jahre 1854 war das von Preußen übernommene Gebiet von nur insgesamt 109 Einwohnern besiedelt.

Aus technischen und finanziellen Gründen wurde mit den Vorarbeiten zum Hafenbau im Jahre 1 858 begonnen; die eigentlichen Hafenarbeiten wurden erst 1860 in Angriff genommen. Zunächst kamen die Arbeitskräfte aus der näheren oldenburgischen und ostfriesischen Umgebung, dann wurden Arbeitskräfte aus fernen preußischen Landesteilen herbeigeholt - aus preußischen Ostgebieten und auch aus Polen - und zwar, weil die hiesige Bevölkerung skeptisch gegenüber der angebotenen Arbeit war. Die Entlohnung war relativ gut, doch die Unterbringung in Notunterkünften und die Ansteckungsgefahr durch die Malaria ließen die Arbeit wenig attraktiv erscheinen. Mit der Marinestation und der Errichtung der Kaiserlichen Werft änderte sich wiederum die Sozialstruktur in Wilhelmshaven. Offiziere und Beamte siedelten sich an. Es entwickelte sich ein wohlhabender Bürgerstand. Die Industriearbeiter verlegten damals häufig ihren Wohnsitz von Wilhelmshaven in die Jadegemeinden Bant, Heppens und Neuende.

Als nach dem Vertrag zwischen Oldenburg und Preußen im Jahre 1853 die Errichtung des "Marine-Etablissement" beschlossen war, ergoß sich in der Folgezeit ein Menschenstrom in das Jadegebiet, das zuvor nur von wenigen Einwohnern besiedelt war. Zu der Bevölkerungszahl in Wilhelmshaven muß man noch die Nachbargemeinden Bant, Heppens

und Neuende als Einzugsgebiete hinzurechnen, die ebenfalls mit der preußischen Stadt einen schnellen Aufschwung nahmen.

Die große Wende vollzog sich, als die Arbeit am Hafen und in der Werft begann. Der doradohafte Zustrom von Menschen, nicht aber die damit verbundene soziale Deprivation, zeigt sich in den Zahlen der folgenden Tabelle: 85)

Jahr	'Königlich-Preußisches Jadegebiet' ab 1853 (später Wilhelmshaven)	Kirchspiel Neuende	Kirchspiel Heppens	Kirchspiel zusammen
1853	335	-	-	335
1855	402	1 330	299	2 031
1858	728	1 400	576	2 704
1860	963	1 463	941	3 367
1864	1 607	1 664	1 180	4 451
1867	2 053	1 931	2 057	6 041
1869	2 926	2 332	2 488	7 746
1870	6 000	2 650	2 926	11 576

Von 1870 bis 1899 erfolgte der Ausbau des Hafens und die Gründung der Werft. Durch das Stochsche Flottenbauprogramm gab es seit 1871 die verstärkte Ansiedlung von Werft- und Hafenbauarbeitern im Bereich Wilhelmshavens sowie in den angrenzenden oldenburgischen Gebieten. Die Kranken wurden durch das Aufstellen von Baracken für Malariakranke sowie von Pockenbuden auf dem Friedrich-Wilhelm-Platz während der Seuchenzeit versorgt (1871); die Marineangehörigen wurden im Marine-Lazarett an der Weserstraße (damalige Kaiserstraße) betreut und die Werftarbeiter und ihre Angehörigen im Werftkrankenhaus versorgt, das 1887 in Betrieb genommen wurde.

Die Unterbringung und Versorgung von zivilen Kranken, die nicht im Staatsdienst beschäftigt waren, erfolgte zunächst in einem als Krankenhaus eingerichteten "Sielhaus" - siehe Anhang -. Erst 1889 wurde ein festes Haus als Städtische Krankenanstalt an der Ecke der heutigen Rhein-, Virchow-Straße errichtet.

Wilhelmshaven erhielt seinen Namen offiziell am 17. 6. 1869. Nach 1879 siedelten sich die auswärtigen Arbeitskräfte vor allem im neuen Kirchspiel Bant an, so daß dort große Arbeitersiedlungen gegründet wurden. Die stürmische und neue soziale Probleme aufwerfende Entwicklung der Einwohnerzahlen spiegelt sich in der folgenden Tabelle wider: 85)

Jahr	Wilhelmshaven	Kirchspiele (ab 1902 Gemeinden)			zusammen
		Neuende	Bant	Heppens	
1875	10 174	2 932	-	1 683	14 789
1880	12 592	2 062	4 665	1 879	21 198
1885	13 967	2 244	6 303	2 374	24 888
1890	15 476	2 646	8 296	4 128	30 516
1895	19 422	2 975	11 377	5 928	39 702
1900	17 325	3 841	16 126	7 825	45 117

Von der Jahrhundertwende bis zum Ersten Weltkrieg wurde die weitere Expansion und der Ausbau von Hafen, Werft und Marine aufgrund der Flottengesetze von 1898 und 1900 in Angriff genommen. Die Zuwanderer wurden im Jadegebiet und außerhalb der preußischen Enklave angesiedelt. Da weitere Geschwader von Kiel nach Wilhelmshaven verlegt werden sollten, kam es in den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts zu einem starken Zustrom und zu einer Übervölkerung des Jadegebietes. In dieser Zeit wurde die Versorgung der Kranken durch katholische Schwestern und das neugegründete St. Willehad-Hospital aufgenommen.

In den Jahren zwischen 1900 und 1914 ließen sich über 26 000 weitere Menschen in Wilhelmshaven nieder: 85)

Jahr	Wilhelms-haven	Neuende	Bant	Heppens	zusammen
1905	17 898	6 300	22 400	12 700	59 298
1910	19 990	7 450	24 805	15 337	67 582
		Rüstringen			
1911	20 012		47 195		67 207
1912	20 054		47 949		68 003
1913	20 151		48 288		68 003
1914	20 911		50 595		71 506

Aus den Gemeinden Neuende, Bant und Heppens wurde am 1. 5. 1911 die Stadt Rüstringen. Die Entwicklung der beiden Nachbarstädte Rüstringen und Wilhelmshaven war weiterhin durch ein rasches Anwachsen gekennzeichnet.

In der Zeit während des Ersten Weltkrieges erfolgte der Zuzug weiterer auswärtiger Arbeitskräfte sowie die Zusammenziehung von militärischen Kräften. Die Arbeiter wurden zum Teil in Lagern untergebracht. Man erweiterte die Krankenhäuser und richtete zusätzliche Lazarette ein.

Die Bevölkerungszahlen entwickelten sich wie folgt: 85)

Jahr	Wilhelmshaven	Rüstringen	zusammen
1915	22 617	58 614	81 231
1916	23 570	53 804	77 374
1917	22 807	53 748	76 555
1918	24 043	57 757	81 800

Nach dem verlorenen Krieg versuchte die Stadt die Produktion von Kriegsgütern umzustellen auf eine Friedensproduktion. Damit war die Ansiedlung privater Betriebe und der Ausbau der Strandanlagen verbunden mit der Absicht, Wilhelmshaven als Nordseebad wirtschaftlich zu nutzen.

Die Kranken wurden in den bestehenden Anstalten versorgt, hinzu kam 1928 noch die Gründung des Paul-Hug-Kinderheimes in Rüstringen, das teilweise als Kinderkrankenhaus eingerichtet wurde.

Durch die Entlassung vieler Werftangehöriger kam es nach dem Krieg auch zur Abwanderung aus dem Jadegebiet.

Erneute Einstellungen bei der Werft Anfang der dreißiger Jahre hatten jedoch eine erneute Aufwärtsentwicklung der Einwohnerzahlen zur Folge. Dies geht aus der folgenden Tabelle hervor: 85)

Jahr	Wilhelmshaven	Rüstringen	zusammen
1919	22 594	53 135	75 729
1920	22 122	53 102	75 224
1921	22 289	51 484	73 773
1922	22 012	50 967	72 979
1923	-	51 112	-
1924	22 389	48 711	71 100
1925	22 173	47 651	69 824
1926	22 443	48 137	70 580
1927	22 764	48 211	70 975
1928	22 851	47 670	70 521
1929	23 087	47 196	71 707
1930	23 554	47 090	70 644
1931	24 011	47 696	71 707
1932	23 763	48 034	71 797
1933	23 816	48 869	72 285

Seit 1933 gab es wieder einen Ausbau der Kriegsmarinewerft, und eine erneute Zuwanderungswelle nach Wilhelmshaven setzte ein. Die vorhandenen Krankenversorgungsanstalten wurden ausgeweitet.

Wilhelmshaven und Rüstringen wurden am 1. 4. 1937 durch eine Gebietsreform zusammengelegt. In der Zeit von 1937 bis 1945 expandierte Wilhelmshaven aufgrund der Kriegsvorbereitungen und den damit verbundenen Rüstungsaufträgen. Wieder gab es einen starken Zustrom von auswärtigen Arbeitskräften, und 1938 überschritt die Einwohnerzahl die Hunderttausendgrenze, wodurch Wilhelmshaven Großstadt wurde. Der höchste Bevölkerungsstand wurde 1940 registriert, als sich 133 041 Menschen in Wilhelmshaven aufhielten.

Während des Zweiten Weltkrieges wurden zusätzlich Hilfskrankenhäuser errichtet. Gleichzeitig wurden aber beträchtliche Teile der Krankenanstalten durch Kriegseinwirkungen zerstört.

Nach 1940 kam es zu einem erheblichen Bevölkerungsverlust durch Kriegseinwirkungen, Einberufungen zur Wehrmacht und Abkommandierungen in das Ausland. Kurz vor Kriegsende lebten nur noch rd. 60 000 Menschen in Wilhelmshaven; innerhalb von vier Jahren hatten über 70 000 die Stadt verlassen, waren evakuiert oder Opfer des Krieges geworden.

Die Tabelle zeigt folgende Bevölkerungsentwicklung: 85)

Jahr	Wilhelmshaven	Rüstringen	zusammen
1934	25 787	49 197	74 984
1935	26 228	50 357	76 585
1936	28 360	51 877	80 237

Jahr	Gebietsreform Wilhelmshaven
1937	91 109
1938	107 745
1939	125 059
1940	133 041
1941	132 337
1942	129 202
1943	123 101
1944	124 130
Mai 1945	60 000
Dez. 1945	89 096

Nach dem Zusammenbruch erfolgte die Neuordnung des Krankenhauswesens in Wilhelmshaven durch die Übernahme des Werftkrankenhauses und des Marinelazarettes durch die Stadt im Jahre 1947/48. Die 'Städtischen Krankenanstalten' Wilhelmshavens und das St. Willehad-Hospital übernahmen die Versorgung der Zivilbevölkerung.

Gleich nach der Kapitulation setzte die Rückwanderung ehemaliger Wilhelmshavener Bürger ein; bis Dezember 1945 waren es fast 30 000 Personen, die zurückkehrten. Durch die Zuweisung von Flüchtlingen und durch einen Geburtenüberschuß in den Nachkriegsjahren kam es rasch zu einem Anwachsen der Bevölkerungszahl, so daß am 21. 10. 1948 die Einhunderttausend-Marke wieder überschritten wurde.

Die Tabelle zeigt die statistischen Zahlen der Jahre 1946 bis 1948: 85)

Jahr	Einwohner
1946	90 935
1947	96 082
1948	101 220

Die katastrophale Arbeitslosigkeit in einer Stadt, die weitgehend von Rüstungsaufträgen abhängig war, ist sichtbar in der Schilderung der Zustände im Sammelband " Wilhelmshaven - gestern, heute, morgen - " 78) S. 28

> "Die Beschäftigungslage wurde immer schwieriger. Der soziale Druck verstärkte sich von Tag zu Tag. Es mehrten sich zu dieser Zeit die Stimmen der Verbitterung, der Hoffnungslosigkeit und eines politischen Radikalismus. Die Schwierigkeiten aller Art wuchsen, und es kostete oftmals Mühe, die gewaltlose Front gegen die Not geschlossen zu halten und Verzweifelte zu bändigen. Der Ruf nach überregionalen Hilfsmaßnahmen nahm mit der steigenden Zahl der Arbeitslosen an Lautstärke zu. Zeitweise waren bis zu 40 von Hundert aller Arbeitnehmer arbeitslos. Diese im westlichen Deutschland einmalige soziale Belastung übertraf die Not der Jahre um 1933 beträchtlich. Am 31. März 1950 standen 16 317 beschäftigten Männern 10 016 arbeitslose und 7 721 beschäftigten Frauen 3 412 arbeitslose gegenüber. Am Tage der Währungsumstellung waren dagegen nur 2 049 Arbeitslose registriert. Die Not wurde laut und vernehmbar."

Nach der Währungsreform kam die Neuansiedlung privater Betriebe und der Abbau der wirtschaftlichen Monostruktur. Marineangehörige wurden durch den Marinesanitätsdienst und die Zivilbevölkerung durch das St. Willehad-Hospital sowie durch die Städtischen Krankenanstalten versorgt, die seit 1967 im neu errichteten Reinhard-Nieter-Krankenhaus untergebracht sind.

In den letzten 25 Jahren, seit dem Beginn der fünfziger Jahre, ist keine stürmische Bevölkerungsentwicklung festzustellen, sondern eher eine zahlenmäßige Konsolidierung. Auch die Wiederaufrüstung 1955 und die Tatsache, daß Wilhelmshaven wieder Garnisonstadt wurde, brachten keinen erkennbaren Bevölkerungszuwachs in Wilhelmshaven.

Die folgende Tabelle zeigt die Einwohnerzahlen vom Zweiten Weltkrieg bis 1974:

Jahr	Einwohner
1949	102 462
1950	102 899
1951	101 168
1952	100 574
1953	100 673
1954	100 383
1955	99 929
1956	101 604
1957	100 163
1958	100 704
1959	101 040
1960	103 086
1963	100 480
1964	100 671
1965	100 671
1966	101 370
1967	101 936
1968	102 484
1970	103 484
1972	104 609
1974	104 563

89)

Betrachtet man die Entwicklung der Bevölkerungszahlen im Jadegebiet in den letzten hundert Jahren, so läßt sich, wenn auch mit Vorsicht, bei der gleichzeitigen Entwicklung des Krankenhauswesens in diesem Gebiet, sagen, daß es krankenhausmäßig immer unterversorgt war, wobei man beachten muß, daß auch die Inanspruchnahme einer krankenhausmäßigen Versorgung sich im Laufe der letzten hundert Jahre, und insbesondere in den letzten 25 Jahren, grundlegend geändert hat.

In der Bundesrepublik lag die Klinikbettendichte im Jahre 1975 bei 114 Betten auf 10 000 Einwohner. Im internationalen Vergleich der Klinikbettendichte lag die Bundesrepublik an vierter Stelle, wie aus einem Artikel des Deutschen Allgemeinen Sonntagsblattes vom 17. 8. 1975 hervorgeht: 39) g

	Zahl der Betten auf 10 000 Einwohner
Schweden	149
Finnland	144
Japan	125
Bundesrepublik Deutschland	114
Schweiz	114
Sowjetunion	109
Österreich	109
D D R	109
Großbritannien und Nordirland	98
U S A	81

2) Malaria und andere Krankheiten in Wilhelmshaven

Geht man heute an einem warmen, sonnigen Sommertag am Südstrand spazieren und sieht die "Wilhelmshaven" majestätisch aus dem Hafen auslaufen, so denkt man wohl kaum daran, wieviel Menschenkraft der Bau des Hafens gekostet hat. Ohne moderne Maschinen, größtenteils durch Handarbeit, wurden die Hafenanlagen ausgeschachtet und damit der Grundstein für die heutigen großzügigen Anlagen gelegt.

Als mit den Hafenbauarbeiten in der Mitte des vorigen Jahrhunderts begonnen wurde, wurde das Jadegebiet ein Herd der alten Marschenkrankheit, der Malaria, die bei der Bevölkerung als "Wesselfever", "Kollfever", "Gallenfever" oder einfach als "Fever" oder "Koll" bekannt war. Auch in den überlieferten Sprichwörtern gibt es Anspielungen auf die Malaria. Um eine schwere Krankheit zu bezeichnen, heißt es: "Das noch slimmer as darten Dags Koll" und jugendlicher Leichtsinn wird mit dem Fieber verglichen: "Fröhjahrsfever mutt utrasen". Da angenommen wurde, daß das Fieber aus den ausgetrockneten Gräben komme, heißt es auch: "Is kien Water in Slot, geit de Doktors god". 69) S. 57

Seuchenhafte Ausdehnung erlangte die Malaria vor allem in den Jahren 1855, 1857 bis 1861, 1863 und 1868. 52) S. 487 Die Sterblichkeit erhöhte sich beträchtlich, so stieg z.B. die Zahl der Beerdigungen auf dem Friedhof Altheppens vom Jahresdurchschnitt von 50 bis 60 auf 138. 52) S. 487 Alle Generationen und alle Geschlechter wurden von der Malaria heimgesucht. Die Männer waren stärker betroffen als die Frauen, am meisten aber die Kinder. Sie blieben in ihrer körperlichen Entwicklung zurück und lernten erst spät das Laufen.

Dr. THOLEN aus Fedderwarden kam dreimal in der Woche an die Jade, um die Kranken zu betreuen. Ab März 1855 übernahm der Marinearzt die Aufgabe.
Auf der Güntherschen Stelle hatte man für die Malariakranken eine Baracke errichtet, die bald nicht mehr ausreichte. Seit 1857 diente in Seuchenzeiten die Scheune der Lilienburg als Hilfslazarett. 52) 1861 wurde in der Königstraße (heute Ebertstraße) ein ursprünglich als Schule in Aussicht genommenes Haus dazu eingerichtet. 52)

Die damalige Ratlosigkeit gegenüber der Malaria geht aus einem Bericht des Admiralitätskommissariats vom 19. 1. 1866 hervor:

> "Zwar ist durch einen Marinearzt, durch eine gute Apotheke und ein Lazareth für Hafenarbeiter nach Möglichkeit Hülfe geschafft, die Malaria durchdringt aber alle Berufsklassen und alle Lebensalter und verkürzt das Durchschnittsalter der gesamten Marsch. Es ist zu hoffen, daß innerhalb des Jadegebietes der jetzige schlechte Gesundheitszustand sich bessern wird, wenn die Hafenbauten beendigt sein werden und das fortwährende Heraufbringen von übelriechender Erde aus der Tiefe aufhört." 52) S. 487

In Wilhelmshaven kann man das Auf und Ab der Malariafiebererkrankungen am besten an den Hafenbauzeiten ablesen. Während der ersten Hafenbauzeit von 1858 bis 1868 schwoll die Zahl der Erkrankungen erheblich an. Sie ging zurück in den Jahren 1869 bis 1874. Dann in der zweiten Hafenbauzeit von 1875 bis 1886 sieht man wieder ein leichtes Ansteigen der Fieberkrankheit. Es vollzieht sich dann der Rückgang bis zum Jahre 1900. In der dritten Hafenbauzeit, ab 1901, gab es erneut Malariafälle in Wilhelmshaven und Umgebung. Insbesondere im Jeverland tauchte das Sumpffieber wieder seuchenhaft auf. Die behandelnden Ärzte schätzten, daß ca. 25% der Bevölkerung befallen waren. Erneut ausgebrochen war die Seuche bei den Deichbauten in Neuharlingersiel und in Bensersiel. Damals glaubte man, daß

holländische Arbeiter aus dem malariaverseuchten Brabant und Nordholland die Krankheit eingeschleppt hätten. Von dort verbreitete sich die Krankheit erneut nach Norden bis nach Fedderwarden.

In der Bevölkerung war die Angst vor der Marschenkrankheit so groß, "daß Vermögende auszogen und viele der Eingewanderten Wilhelmshaven mit ruinierter Gesundheit verließen, düstere Schilderungen in die Ferne tragend und dem Jadegebiet eine traurige Berühmtheit bereitend." 52) S. 487

Über die Ursache des Fiebers gab es die verschiedenartigsten Spekulationen. Vor allem führte man die Krankheit - so wie es aus dem statistischen Sanitätsbericht über die Kaiserliche Marine für den Zeitraum vom 1. 7. 1872 bis 31. 3. 1884 hervorgeht - auf die "Zersetzungen und Exhalationen des Bodens" zurück. Man vermutete den Erreger im angeschwemmten Boden mit den Seetieren und Pflanzen. 52) S. 487. Die Brutstätten der Anopheles fand man jedoch später vor allem in den Schlafkojen der friesischen Bauernhäuser und in den Gruben, die beim Ausschachten der Deicherde zurückgeblieben waren, sowie in den stehenden Gewässern der Gräben. Dieses Wasser wurde in den Haushaltungen vor der Verwendung nicht immer abgekocht. Erst im 19. Jahrhundert wurde durch Anordnungen der Behörden und der Ärzte das Wasser gefiltert, und zwar im sogen. "Botterkarn", Gefäße, die aussahen wie große Butterfässer. In den Fässern wurden Holzkohle, Muscheln und Kies aufgeschichtet und dadurch das Wasser gefiltert.

Die weitgehende Ohnmacht gegenüber der Malaria zeigten die hilflosen Therapieversuche: Man versuchte es mit Aderlaß und Branntwein, mit schweißtreibendem Pfeffer und Alkohol, mit Rotwein und anderen wirkungslosen Hausmitteln und auch

ungewaschene Salzheringe, nüchtern gegessen, halfen nicht. Nur das teure Chinin konnte Linderung schaffen und war die finanzielle Grundlage der Apotheken im Marschgebiet. Aus dem Jahre 1861 gibt es einen Bericht von Dr. H. MÜLLER, der den Arzt Dr. THOLEN in Fedderwarden vertreten hatte. M. ROTH berichtet darüber:

> "Therapeutisch hat MÜLLER nur Chinin gegeben, und zwar ist er nach seiner Angabe mit 1 Scrupel (= 1,25 gr), in einzelnen Fällen mit 1/2 Drachme (= 2 gr) stets ausgekommen. Er verordnete das Chinin in Pillen, Mixturen, aber auch wohl als Chinin-Tannic in Pulver. Eigenartig ist eine von ihm in einzelnen Fällen angewandte perkutane Methode, das Chinin zur Aufnahme zu bringen. Er sagte darüber: "Wurde das Chinin wieder ausgebrochen, so wurden etwa 10 Gran (= 6 gr) auf eine frische Bisikatorwunde gestreut, über welche zum Schutz ein Stück Wachspapier mit Heftpflasterstreifen befestigt wurde, ein Verfahren, welches nicht immer, aber doch in der Mehrzahl der Fälle den gewünschten Erfolg hatte." 69) S. 83

Die Bekämpfung durch schwefelsaures Chinin war für die meisten Leute nicht erschwinglich. Viele Familien mußten mehr als zwei Taler pro Monat für die Medikamente aufbringen.

Als das Fieber vereinzelt wieder in den ersten Jahren nach der Jahrhundertwende aufflackerte, kam es zu jener denkwürdigen Beratung in Wilhelmshaven, an der ROBERT KOCH (1843 - 1910) aus Berlin beteiligt war. Bei der Beratung im Jahre 1908 über die Maßnahmen zur Malariabekämpfung waren anwesend: 82)

Dr. FÖRSTER vom Ministerium für geistliche,
Unterrichts- und Medizinal- Angelegenheiten, Berlin,
Geheimer Obermedizinalrat Professor KIRCHNER,
Kreisassistenzarzt Dr. ANGENETE,
Geheimer Medizinalrat Dr. QUITTEL,
Kreisarzt Dr. MATTHES, Wilhelmshaven,
Oberregierungsrat SCHEER aus Oldenburg,

Medizinalrat Dr. SCHLÄGER,
Oberstabsarzt Dr. METZKE,
Marinestabsarzt Dr. MÜHLENS,
Geheimer Medizinalrat Prof. Dr. FLÜGGE, Breslau,
Geheimer Ober-Medizinalrat Prof. Dr. GRAFFKY,
Wirklich Geheimer Medizinalrat Prof. Dr. R. KOCH.

KIRCHNER berichtete, daß in den ostfriesischen und oldenburgischen Marschen seit Jahren die Malaria herrsche. Zeitweilig sei sie zwar zurückgegangen, aber bei den neuen großen Hafenbauten in Wilhelmshaven und Umgebung konnte man feststellen, daß sie wieder aufgeflackert war. Es seien bereits Malariabekämpfungsmaßnahmen durchgeführt worden, die auch erfolgreich gewesen seien. Im letzten Jahr hätte es aber erneut eine Reihe von Malariafällen gegeben. Darauf wurde im Sommer 1907 die Anzeigepflicht für Malariaerkrankungen eingeführt. Durch die erneute Ausdehnung der Malaria sei es notwendig geworden, Gegenmaßnahmen zu ergreifen. MÜHLENS berichtete über Malariafälle, die er selbst beobachtet hatte. Bei den Erregern handelte es sich meist um Pl. vivax (Tertiana), nur ein Fall konnte als Quartanafieber (Pl. Malariae) identifiziert werden. In den Jahren 1904 - 1907 seien in zunehmendem Maße Malariafälle beobachtet worden. Durch Kanalarbeiten im oldenburgischen Gebiet sei wahrscheinlich die Krankheit wieder aufgeflackert.

MATTHES berichtete, daß vor allem im Juni bis zum Oktober 1907 im Landkreis Wittmund insgesamt 42 Malariaerkrankungen festgestellt worden seien, wobei das Marschgebiet um Dornumersiel, Bensersiel, Carolinensiel und Neustadtgödens befallen war. MÜHLENS teilte mit, daß auch im Jeverland die Malaria bekannt sei, daß auf kleineren Gehöften 50% der Kinder infiziert gewesen seien. Nach Auskunft der

älteren Leute hätten fast alle Malaria gehabt.

Bei dem Expertengespräch entwickelte ROBERT KOCH einige Strategien, wie die Malaria zu bekämpfen sei. Insbesondere empfahl er, Kinder im Alter von 10 bis 12 Jahren zu untersuchen, da man dadurch feststellen könnte, in welchem Maße die Bekämpfung auch Erfolg hatte. Nach seinem Eindruck handelte es sich um einen richtigen Malariaherd, und gleichzeitig sei vom wissenschaftlichen Standpunkt aus gesehen dieses Projekt dazu geeignet zu prüfen, unter welchen klimatischen und sozialen Verhältnissen eine Ausrottung der Malaria in Deutschland möglich sei. Er bezweifelte, daß die Malaria schon in zwei bis drei Jahren auszurotten sei. Zunächst sei es notwendig, eine Übersicht über die Verbreitung der Anophelesmücke zu bekommen. Auffällig sei, daß die Malaria nicht nur im Innern der Städte gefunden werde, sondern auch in den Außenbezirken, in Gärten und Wassertümpeln.

FLÜGGE schlug ergänzend vor, daß die Mückenplage - wie in Breslau - durch Ausräuchern und Abflammen der Kellerwände bekämpft werden müsse. Mit der Maßnahme müsse aber bereits im März begonnen werden, wenn die Mücken auffliegen. MÜHLENS gab zu bedenken, daß 6/7 der betroffenen Personen Angehörige der Kaiserlichen Marinewerft seien. Die Werft werde sich bereiterklären, Chinin kostenlos für die Arbeiter auszugeben. Schokoladenchinin aus Italien solle für die Kinder bereitgestellt werden. Um die Mücken zu bekämpfen, hielt man es für notwendig "Sapol", "Petroleum" oder "Larvicid" in die Gewässer zu streuen, sowie Keller und Ställe auszuräuchern. 82) KOCH empfahl, die Wassertümpel zuzuschütten. Die Kosten für die Bekämpfung der Malaria wurden wie folgt angegeben: 82)

Für Chinin 500 Goldmark,

für Mückenvertilgungsmittel 300 Goldmark,
für besondere Ausgaben (Kredit an Dr. MÜHLENS)
300 Goldmark,
für die Schwestern 1.200 Goldmark,
für den Kreisassistenzarzt 2.000 Goldmark,
für Reisekosten 500 Goldmark.
Insgesamt: 4.800 Goldmark.

Oldenburg und Preußen trugen je zur Hälfte die Kosten.

Aus dem Jahre 1924 gibt es noch Presseveröffentlichungen, aus denen hervorgeht, daß weitere Malariafälle aufgetreten waren. Menschen, die wiederholt Schüttelfröste hatten, sollten sich in ärztliche Behandlung begeben, damit die Malaria nicht weiter übertragen würde. Auch im Jahre 1948 bis 1949 wurden einige neue Malariafälle beobachtet. Es handelte sich um insgesamt fünf Fälle (Tertiana). Daran war zu erkennen, daß die Bekämpfungsmaßnahmen Erfolg gehabt hatten. Auch später gelang noch die Identifizierung des Wirtstieres Anopheles im Stadtgebiet von Bremen. Im Jahre 1949 identifizierte der Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Wilhelmshaven G. TERBECK dort eine Anopheles.

Durch den Hafenbau trat neben dieser Krankheit auch eine Augenkrankheit auf, durch die vor allem die Hafenbauarbeiter betroffen waren. Man vermutete, daß die Krankheit bedingt war durch die dem Boden entströmenden Schwefelwasserstoffgase. Auch beim Pflügen der Marschlandschaft bestand die Gefahr, von der Augenkrankheit befallen zu werden. Erst 1896, als beim Seebataillon und bei der Matrosenartillerie 50 bis 60 Fälle der Augenkrankheit festgestellt wurden, diagnostizierte man sie als "miasmatisch-kontagiöse ägyptische Krankheit". 52)

Gemeint ist möglicherweise das Trachom, das schon in früheren Jahrhunderten endemisch auftrat. Bei den Epidemien "Ägyptische Augenkrankheit" auch "Ophthalmia militaris" 44) genannt, hat es sich wohl kaum nur um ein Trachom, sondern auch um kontagiöse Katarrhe gehandelt, die eine tracheomähnliche Symptomatik zeigten.

In den Jahren 1868 und 1869 wurden 20 Typhusfälle diagnostiziert. 52)
Im Sommer 1871 traten in Wilhelmshaven auch die Pocken auf. Vor allen Dingen waren in den unhygienischen und beengten Unterkünften in Heppens die Arbeiter betroffen. Die Kranken wurden z. T. in einem Pockenhaus auf dem Wilhelmsplatz untergebracht. In der Zeit von Oktober bis Dezember erkrankten 17 Hafen-, Werft- und Festungsarbeiter und weitere 47 privatangestellte Arbeiter und 6 Soldaten; 14 Patienten starben. Im folgenden Jahr ließ die Seuche nach. Insgesamt wurden noch 15 Fälle festgestellt. 52)

Im Jahre 1892 trat in Deutschland wiederholt die Cholera auf. Die Stadt Wilhelmshaven war insofern gefährdet, da die Badegäste von Helgoland statt über Hamburg, wo 1892 die Cholera herrschte, über Wilhelmshaven auf das Festland zurückkehrten. Sie füllten tagelang die Wilhelmshavener Gasthäuser. Vorbeugend errichtete man in Bant und Heppens Cholerabaracken, die zum Glück aber nicht in Benutzung genommen zu werden brauchten.

Die Vorsichtsmaßnahmen durch Einrichtung einer Desinfektion, die 1892 von der Gesundheitsbehörde getroffen wurde, sind belustigend. PAUL HUG (1857 - 1934) war in Bant damit beauftragt worden und kaufte deshalb einen zweiräderigen Wagen, ein paar Schöpfkellen, eine Tonne, beschaffte die

nötigen Desinfektionsmittel und zog mit einem Invaliden und einem Schlossergesellen durch die Straßen.

Durch strenge Vorsichtsmaßregeln versuchte man dennoch, in Wilhelmshaven den Einbruch der Cholera zu vermeiden.

> "Die mit Bremer Zügen Ankommenden durften erst aussteigen, wenn sie untersucht worden, die Einheimischen erst hernach den Bahnhof betreten. Streifen von Seebataillonen und Matrosendivisionen führten die Anordnungen streng durch. Tanzvergnügungen, öffentliche Veranstaltungen, Konzerte waren verboten. Cholerafälle sind nicht bekannt geworden." 52) S. 492

Für ein halbes Jahrhundert war die beherrschende Industrie der Stadt Wilhelmshaven die Kriegsmarinewerft, auf der bis zu 35 000 Mitarbeiter beschäftigt waren.

Bekanntlich arbeitete man besonders im Kriegsschiffbau mit Asbest, ein Mineral, das seit etwa sieben Jahrzehnten in der Branche Verwendung findet. Die Gefahren, die den Arbeitern durch inhalierten Staub drohten, waren den Werftarbeitern nicht bekannt. So hielten sie sich z.B. in Unkenntnis der Gefahr ohne Schutzmaske in der Nähe eines Isoliertrupps oder in der Umgebung von Abbrucharbeiten auf.

Noch in den frühen 60er Jahren glaubte man, daß nur hochgradig asbestexponierte Personen gesundheitlich geschädigt würden. Neuere wissenschaftliche Untersuchungen haben jedoch zu einer neuen Sicht des Asbest-Problems geführt. Verschiedene Studien zeigen, daß Asbest zu fibrinogenen, karzinogenen und zytotoxischen pathogenen Effekten führt. 81)

Proportional zur Dauer- und Intensität der Staubbelastung entwickelt sich die Lungenfibrose (Asbestose), die durch die später auftretende Atmungsinsuffizienz mit pulmonaler Hypertonie und Rechtsüberlastung des Herzens katastrophale Auswirkungen hat. Eine Therapie der Asbestose war nicht bekannt. Prophylaxe ist alles. Da heute Staubschutzmaßnahmen bestehen, wird die fibrinogene Wirkung des Asbestes auf ein unbedeutendes Maß reduziert. Das ist ein wesentlicher Fortschritt, denn die Asbestose kann ein Lungenkarzinom induzieren, wie neuere Forschungen ergaben.
Der Lungenkrebs tritt nach Asbestexpositionen bei Rauchern zehnmal häufiger auf als bei Nichtrauchern.

So, wie in den USA und im sächsischen Raum Pleuraverkalkungen auffielen, fand man bei vielen Werftarbeitern in Wilhelmshaven Pleuraplaques, die Ausdruck einer Asbestexposition aber keine Krankheitseinheit sind. Eine Dosis-Wirkungsbeziehung muß angenommen werden. Verschiedene Autoren berichten über epidemiologische Zusammenhänge zwischen Asbestexpositionen und Pleuramesotheliom.

In Südafrika, Belfast und Deutschland war ein relativ hoher Prozentsatz von Pleuramesotheliomen im Krankengut der Asbestexponenten aufgefallen.

Bei dem von WEISS um 1950 beschriebenem, mit Asbestose kombiniertem Pleuramesotheliom handelte es sich um einen ehemaligen Arbeiter der Marinewerft. 80)

II Hauptteil

1) Das Marinelazarett

a) Von der Gründung bis zur Auflösung.

Noch bevor König WILHELM I. am 17. Juni 1869 den neuen Hafen an der Jade eröffnete und der neu entstandenen Stadt den Namen Wilhelmshaven gab, war der Bau des Marinelazaretts bereits konzipiert. Zu Beginn des Jahres 1869 legte man Wert auf den Bau eines "Garnison-Lazareth nebst Eiskeller". 30) Gebaut werden sollten drei Gebäude, und zwar das Hauptgebäude zur Krankenunterbringung, für den Chefarzt und für die Verwaltung, sowie je ein kleineres Gebäude als Leichenhalle und als Eiskeller. Vorgesehen waren insgesamt 150 Krankenbetten. Das Marineministerium genehmigte den Neubau, und die Königliche Hafenbaukommission führte die Bauaufsicht.

Die ortsansässigen Maurermeister ENCKE und SCHULTZE wurden am 29. April 1869 damit beauftragt, die Gebäude zu errichten. Das Krankenhaus sollte ursprünglich bis zum 1. Juli 1870 fertiggestellt, Ende November 1870 bezugsfertig und die Betten belegt sein. Doch die Fertigstellung dieses Gebäudes zögerte sich noch weiter hinaus. Immer wieder wurden neue Vorschläge gemacht und Änderungen aufgrund baupolizeilicher Vorschriften durchgeführt. Für das Personal wurde ein besonderes Wohngebäude in Form einer Baracke errichtet, die 1910 durch den Bau eines Verwaltungsgebäudes ersetzt wurde.

Da abzusehen war, daß das Gebäude auch 1871 nicht bezugsfertig sein würde, entschloß man sich, zunächst eine provisorische Krankenbaracke zu bauen. Im Jahre 1872 wurde das Hauptgebäude durch Seitenflügel ergänzt. Die Fertigstellung der Gebäude hatte sich jedoch so lange

hingezogen, daß das Marineministerium sich einschaltete und anordnete, erst einmal Teilbereiche fertigzustellen, um dort Kranke unterzubringen. Im Dezember 1872 wurden zunächst nur drei Zimmer des großen Gebäudes mit Kranken belegt.

Erst in der Mitte des Jahres 1874 - fünf Jahre waren bis zur Fertigstellung vergangen - konnte die Königliche Hafenbaukommission die Gebäude an die Lazarettverwaltung übergeben. Die Wohnungen für das Personal wurden bezogen und für die Unterbringung ansteckender Kranker zusätzlich eine Isolierbaracke errichtet. 1906 wurde dann der Bau eines Isolierpavillons mit 36 Betten genehmigt. Vier Jahre später trennte man das Lazarettgebäude vom Isoliergebäude durch einen Eisenzaun. Schließlich reichten die Behandlungsräume und Krankenzimmer nicht mehr aus, so daß eine Trennung der Fachabteilungen gewünscht wurde und nach Möglichkeit jede der großen Abteilungen ein Gebäude für sich haben sollten. Am 10. Oktober 1906 wurde ein "Krankenpavillon zu 60 Betten" fertig. Die Innere Abteilung belegte den unteren, die Nervenabteilung den oberen Flur, für die zusätzlich eine Isolierzelle und ein Dauerbad eingebaut worden waren. Außer den beiden genannten Abteilungen gab es eine Chirurgische Abteilung, Augen-, Hals-Nasen-Ohren- und Hautabteilungen.

Von 1904 bis 1906 modernisierte man das Hauptgebäude. Es erhielt einen Fahrstuhl sowie eine Röntgeneinrichtung. Außerdem wurden Heizkörper aufgestellt und an die Dampfleitung angeschlossen. Durch Installieren von Mischbatterien konnte das Badewasser nunmehr erhitzt werden. 30)

In den Jahren 1933 bis 1935 standen weitere Mittel zur Modernisierung zur Verfügung, so daß alle Behandlungsräume und Krankenstuben Waschbecken aus Feuerton mit Warm- und

Kaltwasseranschluß erhielten. Baderäume, Behandlungsräume und Austreteräume wurden mit weißglasierten Steinen ausgelegt. Außerdem richtete man zur gleichen Zeit im Kellergeschoß des Hauptgebäudes eine moderne Bäderabteilung mit allen medizinischen Bädern sowie eine Schlickbadeanlage ein. - Ein Heilgymnast sorgte für die Nachbehandlung von Ischias-, Rheuma- sowie Gichtkranken -. Schon 1925 hatte das gesamte Lazarett eine elektrische Beleuchtung erhalten, die bislang nur in den zwei Operationsräumen existiert hatte. Ansonsten hatten Gasglühleuchten als Lichtquelle gedient.

In einem besonderen Gebäude, in der Kaiserstraße, wurden das Sanitätsdepot, die Apotheke und die hygienisch-chemische Untersuchungsanstalt untergebracht. Für die letztere errichtete man im Jahre 1908 - für serologische Untersuchungen - einen Tierstall. (siehe Anhang)

Durch den massiven Ausbau der Flotte und die Vermehrung des militärischen Personals infolge des Ersten Weltkrieges kam es zu erheblichen Unterbringungsschwierigkeiten. Deshalb wurde 1911 der Bau eines Pavillons mit 73 Betten vorgeschlagen und auch vom Marineministerium genehmigt.

Es kam immer wieder zu Belegungsschwierigkeiten. Das Lazarett war mit 435 Betten eingerichtet. Es war aber zeitweilig mit 564 Kranken belegt. 30) Deshalb überlegte man, ob nicht ein zweites Lazarett in Wilhelmshaven notwendig würde. Vorerst verfügte der Staatssekretär des Reichsmarineamtes, leichtere Kranke im Krankenrevier aufzunehmen, wo das Aufsichtspersonal vermehrt wurde. 30)

Im Rahmen der Kriegsvorbereitungen wurde der Bau eines zweiten Lazaretts mit 500 Betten am 13. Mai 1914 mit dem Standort Wilhelmshaven genehmigt. 30)

Die Gesamtkosten wurden auf umgerechnet 3.100.000 M 30) beziffert. In der Nähe des neuen Bekleidungsamtes sollte das zweite Lazarett gebaut werden. Doch vorher brach der Krieg aus, und die begonnenen Arbeiten wurden eingestellt.

Während des Ersten Weltkrieges stellte man auf dem Gelände des Marinelazaretts zwei Quarantänebaracken mit je 60 Betten für ansteckungsverdächtige Mannschaften auf. Zugleich wurde eine Zahnärztliche Abteilung eingerichtet.

Die Schrecken des Krieges spiegeln sich in nüchternen Aktennotizen wider. In einem Tätigkeitsbericht des Marinelazaretts heißt es: "Errichtung eines hohen Bretterzaunes, um das Abladen bzw. Einsargen von Leichen nach außen zu verdecken". 30)

Bis 1922 wurden Familienangehörige nicht aufgenommen. Erst jetzt richtete man in dem 1911 gebauten Pavillon eine Frauenstation ein. - Wie ich von Herrn Dr. CONRADEL erfuhr, gab es ferner in der ersten Etage der Chirurgischen Abteilung unter dem Tarnnamen A IV zwanzig Betten, sowie einen Kreissaal mit zwei Betten - .
Die Betreuung der Frauenabteilung übernahm der Soldaten-Familienarzt, dessen Tätigkeitsfeld sich vielseitig zeigte, wie aus einem Zeitungsartikel der Wilhelmshavener Zeitung vom 4. 4. 1939 hervorgeht. 39) j

> "Die Sprechstunden des Soldaten-Familienarztes sind mit einer Mütterberatungsstelle verbunden. Hier herrscht immer Hochbetrieb.... Dem Soldaten-Familienarzt, einem erfahrenen Facharzt für Frauenkrankheiten, der gleichzeitig Geburtshelfer und Kinderarzt ist, stehen Assistenten und Schwestern zur Seite.... Dem Soldaten-Familienarzt obliegt die gesundheitliche Betreuung von über 5ooo Müttern und Kindern. Einige Zahlen aus dem Jahre 1938 mögen die Wichtigkeit dieser Abteilung andeuten. Es wurden über 5.ooo Bestrahlungen durchgeführt, 6oo Kinderimpfungen vorgenommen; es erfolgten 478 Nachtbesuche."

In der Zeit von 1933 bis 1935 errichtete man eine Marine-Sanitätsschule. Die Schüler waren zunächst in der Krankenabteilung VI untergebracht, doch nach 1935 wurde der Bau einer Baracke zur Unterbringung von 150 Schülern genehmigt. 30)
In den Jahren vor dem Zweiten Weltkrieg wurde die Wehrmacht ständig ausgebaut, wodurch es zu einer immer stärkeren Lazarettbelegung kam. Die räumliche Enge war so groß, daß im Jahre 1937 das militärische Personal der Sanitätsgruppe mit den Kranken der Nervenabteilung auf einem Flur wohnen mußte. Durch erneute Umverlegung versuchte man, der jeweiligen Raumnot zu begegnen. So heißt es z. B. am 13. August 1937 in der "Kriegsmarine" : 39) b

> "Die Räume der Nervenabteilung reichen zur Krankenunterbringung nicht mehr aus. Die Mannschaften der Sanitätsgruppe mußten deshalb den großen Saal im Block der Abteilung VI räumen und wurden im 2. Stock des Hauptgebäudes (Westflügel) untergebracht. Durch eine Flurtür sind die Wohn-, Wasch- und Austreteräume von den Zimmern des Sanitäts-Gerätelagers getrennt. Die Unterbringung ist jetzt angenehmer, nachdem mehr Zimmer zur Verfügung stehen und die Räume durch die geringere Belegung weit wohnlicher geworden sind."

Vor dem Zweiten Weltkrieg erhielt die Chirurgische Abteilung, die über zwei Operationsräume sowie einen Behandlungsraum verfügte, ein eigenes Laboratorium.
Ebenfalls schloß man den Sezierraum der Leichenhalle, die seit dem 15. 10. 1937 die Bezeichnung "Kapellenbau" hatte, an die Sammelheizung an und installierte eine Leitung für fließendes Warmwasser. 30)

Am 1. April 1938 wurde die Marine-Sanitätsschule ausgegliedert und zog in die Kaserne an der Roonstraße um. Dadurch war es möglich, weitere Belegungsbetten einzurichten, die in der Baracke nach entsprechender Instandsetzung untergebracht wurden. Die Kriegsvorbereitungen machten es sogar notwendig, in der Nähe Wilhelmshavens, in Sanderbusch, ein Lazarett zu bauen.

Die Aufrüstung für den Zweiten Weltkrieg lief im Jahre 1939 auf vollen Touren. Dadurch gab es auch Engpässe in der Krankenversorgung des militärischen Personals in Wilhelmshaven. Mit dem Aufruf "Mädel, komm zum Schwesterndienst"! hieß es u.a. in der Wilhelmshavener Zeitung vom 4. April 1939: 39) j

> "Voller Stolz blickt das deutsche Volk wieder auf Wilhelmshaven als die größte Waffenschmiede für die Wehrkraft zur See. Der Ausbau von Marine und Werft macht eine Erweiterung der verwaltungsmäßigen und sozialen Einrichtung erforderlich. Es vergrößerte sich beispielsweise auch der Aufgabenkreis und das ärztliche Wirken an den beiden Krankenanstalten der Kriegsmarine, dem Marinelazarett und dem Werftkrankenhaus. "

Gleich nach Kriegsausbruch wurden neue Lazarettabteilungen in der Wasserturmschule und im Banter Weg aufgestellt und dem Marinelazarett Wilhelmshaven angegliedert. Die Wasserturmschule war bestimmt für die Aufnahme von Gaskranken und der Banter Weg für die Aufnahme von Verletzten.
1940 begann der Bau eines Luftschutzturmes innerhalb des Lazarettgeländes. Am 17. Januar 1941 mußte der Luftschutzturm zum ersten Mal bei einem Fliegerangriff benutzt werden.

Neben Meldungen über Betriebsfeste und bunte Abende gibt es eine Eintragung am 14. 9. 1942, in der die Auswirkungen der Luftangriffe geschildert werden: 36)

> "Das Marinelazarett Wilhelmshaven wurde schwer getroffen. Soweit sich feststellen läßt, ist eine schwere Bombe auf das Lazarettgebiet abgeworfen worden, und zwar zwischen Apothekengebäude und dem Gebäude der Krankenabteilung II. Offenbar ist gleichzeitig eine Brandbombe - höchstwahrscheinlich Phosphorkanister - in das Apothekengebäude gefallen, da der Dachstuhl sofort in ausgedehnten Brand geriet.
> Das Gebäude ist halb niedergebrannt, der Rest war für Wochen betriebsunfähig.

Die Fliegeruntersuchungsstelle wurde völlig vernichtet. Von der Krankenabteilung II ist 1/5 des Gebäudes eingestürzt und das Dach fast völlig abgedeckt worden. Sämtliche Zimmer sind unbenutzbar, Operations- und Röntgenräume bald wieder herstellbar.

Hauptgebäude und Verwaltungsgebäude haben kleinere Schäden.
Banter Weg ebenfalls kleinere Schäden.

Keine Tote aus eigener Gefolgschaft, nur einige Leichtverletzte.

Unterbringung der Kranken wurde weitgehend sichergestellt.

Die gesamte Bekämpfung der Schäden konnte mit eigenen Kräften bewerkstelligt werden."

Welche Not und welches Leid in den Lazaretten herrschte, war den Dokumenten nur indirekt zu entnehmen, so aus dem Begleitschreiben des Oberbefehlshabers vom 13. 11. 1942 zur Verleihungsurkunde an Schwester MARGA DROSTE, (geb. am 9. 4. 1915), die das Eiserne Kreuz bekam. Es heißt dort:

"Sie haben trotz Bombenabwurfs und schwersten Flak-Beschusses tatkräftig und unerschrocken zugefaßt und eine große Zahl Schwerkranker geborgen, bevor der Westflügel des Lazarettgebäudes einstürzte." 36)

Und im "Wilhelmshavener Kurier" heißt es am 24. 11. 1942:

"Schwester MARGA DROSTE war am 14. September in einer Abteilung tätig, auf der mehrere Soldaten lagen, die kurz vorher operiert wurden und daher besonders hilfsbedürftig waren. Während des Angriffs mußten diese Soldaten in den sicheren Luftschutzraum gebracht werden. Das mußte z.T. geschehen, während der Brite seine Brand- und Sprengbomben warf. Als der letzte Soldat forttransportiert werden sollte, wurde das Gebäude von einer Bombe schwer getroffen und Schwester Marga Droste dabei verletzt. Trotz ihrer Verletzung ließ sie aber nicht nach im Rettungswerk." Nach HANNA REITSCH und der Rote-Kreuz-Schwester ELFRIEDE WNUK war die Lazarett-Schwester MARGA DROSTE die dritte Frau, die das Eiserne Kreuz als Auszeichnung bekam." 39) i

Im darauffolgenden Jahr kam es am 11. 2. 1943 37) wieder zu Luftangriffen auf Wilhelmshaven, wobei das Lazarettgelände schwer getroffen wurde. Das Lazarett wurde weitgehend zerstört und die Dächer sämtlicher Gebäude mehr oder weniger abgedeckt. Die Kranken blieben während der Nacht im Bunkerturm und wurden mit einem Lazarettzug in das Marinelazarett Bedburg-Hau verlegt.

Sofort begann man mit den Aufräumungsarbeiten und hoffte, wieder 200 Betten, im Katastrophenfall weitere 100 Betten, in Wilhelmshaven einrichten zu können. Menschenleben waren bei diesem Unglück nicht zu beklagen, doch gab es einige Schwerverletzte und zahlreiche Rauchvergiftete.

Am 18. Februar schlug bei einem Luftangriff eine schwere Bombe in der Nähe des Luftschutzturmes ein. Die Detonation war so groß, daß die meisten Scheiben zerstört wurden.

Kaum war das Lazarett provisorisch wieder funktionsfähig, gab es erneut am 22. März Luftangriffe, 37) bei denen die Gebäude teilweise zerstört und die Wasserzufuhr unterbrochen wurde.

Aufgrund weiterer Luftangriffe und Zerstörungen löste man am 15. Juli 1943 das Marinelazarett Wilhelmshaven als selbständige Einheit auf und gliederte es am gleichen Tage als Lazarettabteilung Wilhelmshaven dem Marinelazarett Sanderbusch ein. Die Abteilungen wurden nach Sanderbusch bzw. nach Varel verlegt. Kranke konnten nur noch ambulant behandelt werden. Sie wurden auch, soweit es ihr Zustand zuließ, bei den Aufräumungs- und Bauarbeiten eingesetzt. In der Chronik heißt es: 37)

> "Der Umfang der durch den Bombenangriff verursachten Schäden läßt sich erst jetzt, da die Aufräumungsarbeiten im vollen Gang sind, recht ersehen. Heizungs-, Wasser-, Gas- und Stromleitungen sind z. T. für

längere Zeit unterbrochen. Gebäudereste müssen wegen Einsturzgefahr abgetragen werden, die erheblichen Dachschäden drohen die noch verschont gebliebenen Teile und Räume durch Eindringen der Feuchtigkeit unbrauchbar zu machen, die kalte Witterung verzögert die Maurerarbeiten. Dazu bereitet die Beschaffung der notwendigen Baumaterialien sowie die Frage der Facharbeiter manche Schwierigkeit."

Ende Dezember konnten einige Stationen wieder soweit hergestellt werden, daß Patienten zur stationären Behandlung aufgenommen wurden.

Im Mai 1944 wurden die Grünanlagen des Lazaretts durch die Kranken in Nutzgärten umgewandelt, um die Ernährung sicherzustellen. Trotz mehrerer Luftangriffe in dem Jahr konnte der Betrieb aufrechterhalten werden. Der letzte größere Luftangriff auf Wilhelmshaven erfolgte am 30. 3. 1945. 38) Auf dem Lazarettgelände waren vier Bombentreffer festzustellen, davon zwei Blindgänger. Eine Sprengbombe fand sich im zerstörten Isoliergebäude.
Nach den über 100 Luftangriffen auf Wilhelmshaven und den über 80.000 Spreng-, Brand- und Minenbomben allein auf den zivilen Teil, war die Stadt durch den Krieg ein Trümmerhaufen geworden.

Es herrschte in der so schwer zerstörten Stadt Elend und Not und Sorge auf der ganzen Linie. Es gab Zeiten, wo die Stadtverwaltung nicht mehr wußte, "wie sie den mit der Anfertigung von Särgen beauftragten Tischlern die erforderlichen fünf Bretter zur Verfügung stellen sollte." 85)

Am 4. 5. 1945 um 8.00 Uhr war endlich Waffenruhe vor den Toren der Stadt Wilhelmshaven. Am Tag darauf rollten polnische Divisionen ein. 38) Am 9. 5. 1945 wurde das Lazarett durch einen englischen Sanitätsoffizier der Royal Navy aufgesucht und die Kapitulationsverhandlungen abgeschlossen.

Das Lazarett kam unter die Kontrolle des Naval Officer in Charge Wilhelmshaven. Einen Monat später zog eine kanadische Ambulanz in die Chirurgische Abteilung ein. Bis zum 15. 9. 1945 war das ehem. Marinelazarett Wilhelmshaven der 101. kanadischen Control Section in Bad Zwischenahn unterstellt. Am 1. 2. 1946 erhielt das Lazarett die Bezeichnung "Sonderhospital". 38) Im Oktober desselben Jahres erfolgte die Umbenennung in "Krankenanstalt" 38) und wurde dem Landesamt für Krankenanstalten in Hannover unterstellt, einer Unterabteilung des Ministeriums für Aufbau und Wohlfahrt.

Im Rahmen der Umstrukturierung des Krankenhauswesens wurde 1948 das Marinelazarett Teil der "Städtischen Krankenanstalten".

Chefärzte des Marinelazaretts Wilhelmshaven 30)

Jahre:	Name:
1873 - 1875	Dr. WENZEL
1876 - 1883	Dr. HOEPFFNER
1884 - 1888	Dr. METZNER
1889 - 1891	Dr. BÄUERLEIN
1892 - 1893	Dr. KÜEGLER
1894 - 1895	Dr. BRAUNE
1896 - 1900	SANDER
1901	Dr. KLEFFEL
1902 - 1903	Dr. DAMMANN
1904 - 1905	Dr. HOHENBERG
1906 - 1908	Dr. ERDMANN
1909	Dr. HUTH
1910	Dr. FREYMADL
1911	Dr. MEYER
1912 - 1913	Dr. BEHMER

1914 - 1916	Dr. JOHN
1917 - 1918	Dr. WENTZEL
1919 - 1921	Dr. LAHS
1922 - 1924	Dr. AMELUNG
1925 - 1927	Dr. BRAHMS
1928 - 1929	Dr. WENDTLANDT
1930 - 1935	Dr. STEFFAN
1936 - 1938	Dr. SCHULTE-OSTROP
1938	Dr. D' HARGUES
1941	Dr. MÜLLER
1941	Dr. EVERS
1942	Dr. ROGG

b) Neueinrichtung 1957 und weitere Entwicklung.

Als nach dem verlorenen Krieg die Bundesrepublik Deutschland wieder militärisch aufrüstete, wurde Wilhelmshaven erneut Stützpunkt der Marine. Das frühere Marinelazarett war jedoch von der Stadt gemietet und Teil der Städtischen Krankenanstalten geworden, so daß sich die Marine 1956 zunächst gezwungen sah, in der Rheinstraße 47 einen Ambulanzraum und Krankensaal mit 10 Betten behelfsmäßig einzurichten. Für die röntgenologische Diagnostik stand ein Gerät der Firma KOCH & STERZEL zur Verfügung. Die Blut- und Urinuntersuchungen wurden von einer MTA in einem kleinen Laborraum, der mit einem Mikroskop und einer Handzentrifuge ausgestattet war, durchgeführt. Vorübergehend plante man, in der Rheinstraße ein kleines Lazarett zu bauen. Dieser Plan wurde schließlich aufgegeben, weil man sich in Bad Zwischenahn bereit erklärte, Patienten in dem dortigen Lazarett aufzunehmen.

Da die Räumlichkeiten mit Zunahme der Personalstärke nicht mehr ausreichten, erfolgte 1959 der Umzug in die Ebkeriege 74, Block 13, Frauenhaus. In der Rheinstraße blieb lediglich die Ambulanz und eine zahnärztliche Behandlungsmöglichkeit.

Die Bettenstation bestand jetzt aus 12 Räumen mit Zwei- und Dreibettzimmer und einem Badezimmer. Außerdem gab es eine Infektionsabteilung, die über vier Betten verfügte. Das vorhandene Röntgengerät und die Laborausstattung wurden übernommen.

Mit dem Ausbau der IV. Einfahrt im Heppenser Groden als militärisches Gelände konzipierte man ein Sanitätsgebäude.

An der räumlichen Planung beteiligte sich besonders Oberstabsarzt Dr. WIEBE.

1970 wurden die Abteilungen in der Rheinstraße und Ebkeriege geschlossen und eine Innere Abteilung mit einer Station zu 25 Betten sowie eine Chirurgische Abteilung mit einer Station zu 20 Betten in Heppens eingerichtet. In den Räumen gibt es ein, zwei, drei oder vier Betten. Den Stationsärzten stehen ein Schreib- und ein Untersuchungszimmer zur Verfügung. Neben der Inneren Abteilung, durch eine Tür getrennt, befindet sich eine Infektionsabteilung zu vier Betten mit separater sanitärer Anlage. Etwa zweimal im Jahr werden hier auch venerische Erkrankungen isoliert behandelt. Abstriche, Pilzkulturen, Blut- und Urinuntersuchungen führt eine erfahrene MTA in einem modernen mit einem Photometer, zwei Mikroskopen und einer Zentrifuge, ausgestatteten Labor durch.

Kleinere Verletzungen werden in dem chirurgischen septischen Behandlungsraum versorgt, in dem ein Untersuchungstisch, Verbandswagen und Hochdruckdampf-Kleinsterilisator-Automat IV stehen. Luxationen oder gar Frakturen können in einem gesonderten Raum gegipst werden. Um die Diagnosen der Erkrankungen des Bewegungsapparates schnell zu stellen, gibt es in der Röntgenabteilung ein Odelka Schirmbildgerät zum Photographieren von Knochen. Durch eine Dunkelkammer getrennt, befindet sich räumlich daneben ein Durchleuchtungsgerät der Firma SIEMENS. Das Schaltpult wird von außen bedient. Anschließend führen ein Masseur und ein Heilgymnast nach ärztlicher Anleitung zur Bewegungslockerung physikalische Übungen im Massageraum durch. In der Stationsbücherei und Spielesammlung finden die Patienten dann Abwechslung.

Für Notfälle liegt auf jeder Station ein Intubationsbesteck bereit. Kardiale Insuffizienzzeichen und Hörschäden können zeitig genug erfaßt werden, da die Möglichkeit der Ergometrie und Audiometrie gegeben ist.

Eine wesentliche Erweiterung erfuhr die zahnärztliche Versorgung. Hierfür gibt es sechs voneinander getrennte Behandlungsräume mit einer eigenen Röntgeneinrichtung. Der zahnärztliche Dienst wird von sechs Zahnärzten versehen.

2) Werftkrankenhaus

Auf Grund der sozialen Gesetzgebung in den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts über Arbeiterversicherung und Arbeiterschutz sah sich die Marineverwaltung durch die schlechte Krankenversorgung der Bevölkerung veranlaßt, ein Werftkrankenhaus zu bauen. Es sollte in erster Linie zur Aufnahme von Arbeitern, die durch einen Unfall auf dauernde ärztliche Behandlung angewiesen waren, dienen. Außerdem wurden Betriebskrankenkassen-Mitglieder und deren Angehörige aufgenommen. Privatpersonen konnten nach einem ihrem Einkommen entsprechenden Verpflegungssatz stationär behandelt werden.

Da besonders in der Arbeiterkolonie Bant schlechte soziale Verhältnisse herrschten, hier kein Arzt ansässig war, z. T. 7 köpfige Familien, Alt und Jung, in einer einzigen Dachkammer wohnten, plante man zunächst, dort ein kleineres Krankenhaus mit 52 Betten und einer Warmwasserbadeanstalt zu 6 Zellen zu errichten.

Die Stadt Wilhelmshaven interessierte sich ebenfalls für den Bau eines Krankenhauses, worin auch städtische Kranke aufgenommen werden sollten. In einem Brief vom 18. 11. 1884 heißt es:

> "Die Stadt würde bereit sein, zu dem Bau eines solchen Krankenhauses nicht unbedeutende Opfer, so weit in ihren Kräften steht, beizutragen oder aber sich verpflichten, eine angemessene Vergütung für die Verpflegung der auf ihren Antrag in das Krankenhaus aufgenommenen Personen an die Verwaltung des Krankenhauses zu leisten." 2) S. 23

So entschied man sich für ein Grundstück im Mittelpunkt der Stadt, das gleichzeitig in der Nähe der Werft gelegen war, so daß bei Unfällen eine rasche ärztliche Versorgung erfolgen konnte. Außerdem zeigten sich die sanitären

Bedingungen bedeutend günstiger als in Bant. Gewählt wurde der Platz zwischen Roon- und Kaiserstraße. Das Areal gehörte damals dem Domänenfiskus und war noch verpachtet. Der Minister für Landwirtschaft, Domänen und Forsten mußte das Grundstück freigeben. Außerdem war die Anhörung der Finanzdirektion in Hannover erforderlich. Für fiskalische Zwecke konnte der Pachtvertrag vorzeitig gegen Entschädigung gekündigt werden. Im April 1885 gab der Chef der Kaiserlichen Admiralität in Berlin die Zustimmung, das Grundstück von 1,23 ha Größe zu einem Preis von 26.000 M zu kaufen. Der Pächter, D. KAPER, erhielt pro qm eine Entschädigung von 5 Pf., insgesamt 616 M 2) Für die Zufahrt zum Krankenhaus zahlte die Stadt Wilhelmshaven eine einmalige Entschädigung von 57 M. Im Juni 1885 traf Berlin dann die Verordnung, das erworbene Grundstück mit einer Beleuchtungs- und Entwässerungsvorrichtung zu versehen. Nach einer Verfügung vom 28. 3. 1886 konnte mit dem Neubau des Krankenhauses begonnen werden. Die Gesamtkosten beliefen sich auf 304.500 M. 2)
Es wurden zwei Baracken, ein Isoliergebäude und ein Hauptgebäude errichtet. 114 Kranke konnten Aufnahme finden.

Die Belegung des Krankenhauses erfolgte am 1. 7. 1887, das Haus für den leitenden Arzt, in dem gleichzeitig ein Labor eingerichtet war, war jedoch erst zum 1. 11. 1887 bezugsfertig. Die Namensgebung des neuen Krankenhauses geht aus einem Schreiben des Chefs der Kaiserlichen Admiralität Berlin vom 30. 6. 1887 hervor:

> "Dem anliegenden Verfügungsentwurf mit der ganz gehorsamsten Meldung vorzulegen, daß es sich empfehlen dürfte, die bisher gebräuchliche Benennung "Arbeiter-Krankenhaus" mit Rücksicht darauf, daß auch Beamte bis zu 200 M Remumeration darin Aufnahme zu finden haben, fallen zu lassen und durch eine andere zu ersetzen.

Ob "Werft" - Krankenhaus zu wählen sei, weil dasselbe von der Werft verwaltet wird, oder "Marine - Krankenhaus bzw. ..... anderweitige Benennung" darf Euer Exzellenz hoher Bestimmung gehorsamst anheimgegeben werden. 3) S. 3

Die ärztliche Leitung übernahm der Marine-Stabsarzt Dr. SCHOTTE, der gleichzeitig den Dienst als Werftoberarzt versah. Erst 1906 wurde eine selbständige werftoberamtliche Dienststelle eingerichtet. Die Zahl der Unfall- und Arbeiternachuntersuchungen stieg, und gewerbliche Maßnahmen zur Unfallverhütung wurden durchgeführt.

1930 wurden durch den Werksoberarzt folgende Untersuchungen gemacht:

1230 Einstellungsuntersuchungen von Beamten, Angestellten und Arbeitern für die Marinewerft und Marinebehörden,

5311 Arbeiteruntersuchungen auf Arbeitsfähigkeit,

320 Lehrlingsuntersuchungen,

512 Kinderuntersuchungen für Erholungsheime,

1872 Blei- und Säure-Arbeiteruntersuchungen,

914 Munitionsarbeiteruntersuchungen,

236 Beamten- und Angestelltenuntersuchungen,

287 Unfall-Nachuntersuchungen und

2609 Untersuchungen bei Urlaub, Notstands- und Unterstützungsbeihilfen, zahnärztlichen Arbeiten, Berufskrankheiten und militärischem Personal.

Insgesamt 13 273 Untersuchungen. 61) S. 100

Außerdem hatten 8 772 Unfallverletzte die Unfallhilfsstelle aufgesucht, wovon sich 2 235 in ambulanter Behandlung befanden.

Die pflegerische Betreuung übernahmen Schwestern des Clementinenhauses Hannover. Im Frühjahr 1887 wurden vier junge Schwestern zur Pflege bereitgestellt. Die Schwestern unterstanden dem leitenden Arzt. Sie wurden zweimal im Jahr von der Oberin des Clementinenhauses inspiziert. Ihnen standen ein verschließbares Zimmer, vier Wochen Urlaub, jeden 2. Sonntag Kirchenbesuch, im Erkrankungsfall freie Pflege für drei Monate zu. Anfangs zahlten die Schwestern ein Kostgeld von 1,25 M. Da die Kost aber zu schwer war, erhielten sie später eine Geldvergütung von 1 M statt der Naturalien. In ihrem Vertrag hieß es, daß sie, wenn es der Dienst gestattete, auch zur Krankenpflege in Familien herangezogen werden konnten. Sie hatten jede Art von Dienst zu leisten, mit einer Ausnahme: das Baden von Männern.

Ein Wärter hatte damals eine 10-stündige Arbeitszeit und einen Tageslohn von 2.50 M. 5)

Personelle Besetzungsschwierigkeiten gab es auch schon. 1893 wurde für das Isolierhaus eine zweite Stelle für eine Schwester gefordert. Im Isolierhaus lagen damals insgesamt 3 Kranke, 2 Diphtheriefälle und ein Scharlach-Patient. Die Admiralität war von der Notwendigkeit einer zusätzlichen Schwester nicht überzeugt, zumal die personelle Besetzung im Werftkrankenhaus besser sei als im Marine-Lazarett. Aufgrund der schwierigen Pflege von Frauen und Kindern drohte das Clementinenhaus Hannover schließlich, den Vertrag zu lösen, falls keine Schwester genehmigt würde. Daraufhin gab die Admiralität die Einwilligung.

Der Tagessatz für Kassenmitglieder betrug 1.50 M., städtische Kranke zahlten 1.65 M pro Tag, Kinder bis zum 10. Lebensjahr 1.00 M., über dem 10. Lebensjahr 1.50 M. 5)

Die Tagessätze waren jedoch so hoch, daß die Familien sich lieber zu Hause behandeln ließen. Auch die Kassenmitglieder zogen eine hausärztliche Behandlung vor, um das volle Krankengeld zu beziehen.

Bei der Diskussion um die Pflegesätze schaltete sich 1889 der "Frauen-Zweig-Verein" ein, schrieb nach Berlin und forderte die Verringerung der Tagessätze für Kinder:

> "Eure Exzellenz beehrt sich die unterzeichnete Vorsitzende des Vaterländischen Frauen-Zweig-Vereins um geneigte Unterstützung eines geplanten wohltätigen Unternehmens ganz ergebenst zu bitten. Wir möchten von Seiten des Frauen-Vereins einige Freistellen für kranke Kinder im Werftkrankenhaus hierselbst gründen. Bei unseren beschränkten, nur durch Wohltätigkeit aufgebrachten Mitteln ist es uns aber möglich, den vollen Verpflegungspreis von 1,75 M pro Tag aufzubringen und würden daher zu großem Dank verpflichtet sein, wenn Eure Exzellenz zugängig ermäßigen wollten, etwa auf 1,00 M oder 1,20 M, damit die Wohltat guter Pflege recht vielen, namentlich auch solchen Kindern, deren Vater nicht auf der Werft arbeitet, zu Gute kommt. " 5) S. 121

Man lehnte den Antrag jedoch ohne Begründung ab.

Im Werftkrankenhaus gab es 4, 2, 1 Bettzimmer sowie Säle zu 8 Betten. 1888 wurden elektrische Klingelzüge mit transportablen Druckknöpfen angebracht. Seit 1900 wurde das Haus zentral beheizt. Aber erst acht Jahre später erhielt die Krankenanstalt elektrische Beleuchtung. Zuvor hatte es Gasleuchten gegeben, auch im Operationsraum.

Die Zahl der Operationen nahm ständig zu. Ein Operationstisch reichte nicht mehr aus, so daß ein zweiter Stalgen'scher Tisch 1888 angeschafft wurde. Der Fußbodenbelag im Operationsraum bestand zunächst aus Asphalt, um die Jahrhundertwende modernisierte man den Belag und wählte Terrazzo. In dem Operationsraum gab es kein Oberlicht. Geheizt wurde morgens um 7.30 Uhr vom Flur aus, obgleich

der Wickel-Ofen im Operationsraum stand. Die mittlere Temperatur betrug 14 ° Réaumur = 18 ° Celsius. Verbandsmaterial sowie Medikamente forderte man aus der Apotheke des Marinelazaretts an, da das Werftkrankenhaus keine eigene Apotheke hatte. Auch die Desinfektion wurde hier durchgeführt. In der eigenen Waschküche desinfizierte man über Formalindämpfen, 1917 wurde dann die Anschaffung eines Dampfdesinfektors genehmigt. Damit hatte der alte Desinfektionsofen der Firma RIETSCHEL und HENNEBERG ausgedient.

Über die ärztliche Versorgung bemerkte der Vorstand des Sanitätsamtes der Marinestation der Nordsee am 25. Oktober 1908 folgendes:

> "Die ärztliche Behandlung ist hinsichtlich der inneren Krankheiten in den Händen des leitenden Arztes, chirurgisch ist weder er noch der Hilfsarzt ausgebildet, es muß daher im Bedarfsfalle der Chirurg des Lazaretts herangezogen werden. Hierin liegt ein gewisser Mangel, da es als erwünscht bezeichnet werden muß, daß ein Krankenhaus, das einem großen industriellen Betrieb dient, unabhängig von fremder Hilfe beständig in der Lage ist, bei Verunglückungen die erforderliche Hilfe sofort zu leisten." 4) S. 41

Man hatte jedoch frühzeitig an die schnelle Verständigung des Arztes gedacht. Ein Jahr nach Inbetriebnahme wurde eine Telefonleitung vom Verwaltungsgebäude in das Wohnhaus des Arztes gelegt. 1911 erhielt der leitende Arzt eine Telefonleitung von der Dienstwohnung zur Werft und zum Postamt. Seit 1901 hatte außerdem der Arzt der Unfallstation eine Wohnung im Werftkrankenhaus.

Lange Zeit fertigte ein Kassenarzt auf Requisition der Werft die Röntgenaufnahmen an. Eine Durchleuchtung kostete damals 10,00 M, das Photographieren 20,00 M. 5)
Am 15. 1. 1901 richtete die Stadt Wilhelmshaven folgendes Schreiben an den Chef der Admiralität in Berlin:

"Schon lange hat sich das Bedürfnis fühlbar gemacht, für das Werftkrankenhaus zur genaueren Feststellung von Verletzungen einen Röntgenapparat zu besitzen, zu dessen Beschaffung die Geldmittel demnächst beantragt werden.

Vorher ist es notwendig, daß der leitende Arzt des Werftkrankenhauses sich in Röntgen-Photographieren ausbildet, um nicht nur die von ihm selbst hergestellten Bilder deuten, sondern auch fremde Bilder begutachten zu können." 3) S. 170

Der Oberstabsarzt Dr. KÖNIG erhielt die Genehmigung zur Kursteilnahme in Berlin. Ebenfalls wurden Gelder zur Anschaffung eines Röntgenapparates bereitgestellt. Man richtete im Kellergeschoß des Hauptgebäudes einen einzigen Röntgenraum, dessen Wände einfach schwarz gestrichen waren, ein. An Strahlenschutz dachte man noch nicht. Um die Kosten beim Röntgen zu sparen, mußte der leitende Arzt die Genehmigung von der Ausführungsbehörde einholen, wie aus folgendem Brief hervorgeht:

"Solange durch die Röntgenaufnahmen besondere Kosten entstehen, dürfen diese Aufnahmen nicht ohne Weiteres von dem leitenden Arzt des Werftkrankenhauses angeordnet werden, sondern es muß in jedem einzelnen Fall das Einverständnis der K.-Werft als Ausführungsbehörde eingeholt werden." 4) S. 50

Die Apparaturen wurden durch Akkumulatorenbatterien gespeist. 1908 erfolgte der Anschluß an das Werftkabel. Noch in demselben Jahr wurden auch Gelder bewilligt für die Anschaffung eines Augenmagneten zur Entfernung von Fremdkörpern. Bislang hatte der Augenspezialist Dr. SCHMIDT die Verletzten nach Oldenburg schicken müssen. Ebenfalls wurde die Zustimmung zur Anschaffung eines neuen Röntgenapparates gegeben, da die Aufnahmen des alten zur Begutachtung nicht mehr ausreichten. In einem Schreiben an die Admiralität in Berlin vom 13. 11. 1907 hieß es:

"Der seit einer ganzen Reihe von Jahren (1901) im Werftkrankenhaus zu Wilhelmshaven in Betrieb befindliche Röntgenapparat reicht für seine Zwecke nicht mehr aus. Er genügt gerade noch, um Durchleuchtungen oder Aufnahmen von Hand- und Fußknochen sowie kleineren Gelenken zu machen. Durchleuchtungen oder Aufnahmen größerer Gelenke oder gar solche von Körperteilen sind so undeutlich, daß sie zu diagnostischen Zwecken nicht zu verwenden sind. Es ist aber im Interesse einer exakten Unfallbegutachtung dringend notwendig, brauchbare Röntgenbilder zu haben. Durch Fehlen brauchbarer Bilder wird Begutachtung oft unmöglich gemacht." 4) S. 23

Die erste Bestrahlungsanlage wurde 1925 angeschafft, als gleichzeitig eine finanzielle Hilfe für die Aufstockung des westlichen Teiles des Männerblocks bereitgestellt worden war.

Im Kellergeschoß gab es außerdem eine kleine Bäderabteilung. Schwefelbäder gegen rheumatische Erkrankungen konnten seit 1890 appliziert werden. Die Werftbeamten durften auf ärztliche Bescheinigung gegen eine Gebühr von 0,55 M., wenn es nicht zu Störungen im Krankenhausablauf kam, die Bäder mitbenutzen. 5)

Seit 1897 plante man, das Werftkrankenhaus um zwei Isolierpavillone im Korridorsystem zu erweitern. Am 21. 4. 1900 wurde der zweite Erweiterungsbau dem leitenden Arzt übergeben.

Im Jahre 1903 bewilligte man für die technische Ausstattung des Isolierhauses, das 24 Betten hatte, zunächst 2000 M., dann weitere 4 062,20 M. Es wurden Intubationsbestecke, 4) ein Desinfektions- und"Lumbalpunktionsapparat", Sterilisator, Operationstisch sowie Ober- und Unterwäsche für Männer, Frauen und Kinder angeschafft. Ebenfalls befestigte man in den Zimmern für Diphtheriekranke an jedem Bett Gaskocher, um die Luft vollständig mit Wasserdampf zu sättigen.

1907 baute man an das Isolierhaus eine Liegehalle für Tuberkulose.

Für Geisteskranke und tobsüchtige Alkoholiker richtete man zunächst in der Isolierbaracke eine Tobzelle ein. Später wurde die Zelle in das Kellergeschoß des Hauptgebäudes verlegt. Passanten und Besucher fühlten sich jedoch durch den Lärm gestört. Außerdem waren die Licht- und Luftverhältnisse mangelhaft. Ein gesonderter Eingang existierte nicht. Die gepolsterten Wände mit der getrockneten Farbe waren rauh und hart, so daß sich die Kranken leicht Verletzungen zuziehen konnten. 1904 wurden 5 000, 00 M. zum Bau einer geeigneten Isolierzelle bereitgestellt. 4)

Bis zur Einrichtung eines staatlichen Gesundheitsamtes in Wilhelmshaven führte die Medizinalabteilung der Marine jährlich Revisionen durch. Am 21. 6. 1899 machte der Vorstand folgende Bemerkungen:

Bemerkungen des Vorstandes der Medizinal-Abteilung am 21. 6. 1899:

Werftkrankenhaus Wilhelmshaven

"Der Anstrich der Krankenzimmer ist durchaus zu dunkel, ebenso sind die Krankenmöbel, Fenster und Türen hell zu streichen, damit die Zimmer einen freundlichen Eindruck machen.
Auf dem Hauptkorridor befindet sich auf jedem Ende ein Ausguß mit Wasserhahn. In ersterem werden die Uringefäße entleert, sowie in ihnen die Steckbecken und Speigefäße gereinigt, aus dem Wasserhahn müssen die Kranken ihr Trinkwasser entnehmen. Dieser unwürdige Zustand muß baldigst dadurch beseitigt werden, daß im Korridor oder anderen Nebenräumen Spülbecken und Ausgüsse angebracht werden, die Zapfstellen im Korridor aber nur zur Entnahme des Gebrauchswassers benutzt werden.

Die Badeeinrichtungen genügen auch bescheidenen Anforderungen nicht. In einem Raum, der gleichzeitig anderen Wirtschaftszwecken dient und in welchem Schränke pp untergebracht sind, befindet sich hinter einer Gardine

die Badewanne. Für zweckentsprechende Veränderung der Badewanne ist Rechnung zu tragen." 3) S. 138

Neueinrichtung des Badezimmers und die Erneuerung der Ausgußbecken wurden genehmigt.

Schon gleich bei Planung des Krankenhausneubaus wurde festgelegt, daß auch die ärztliche Leitung des Werftkrankenhauses Marineärzten übertragen werden solle.

XIII. Leitende Ärzte des Werftkrankenhauses

1. Marineoberstabsarzt a. D. Dr. SCHOTTE von 1887 - 1896
2. Marineoberstabsarzt d. Res. WEINHEIMER von 1897 - 1899
3. Marineoberstabsarzt KÖNIG von 1900 - 1902
4. Marinegeneraloberarzt Dr. DIRKSEN von 1903 - 1906
5. Marineoberstabsarzt Dr. BEHRENDS von 1907 - 1908
6. Marineoberstabsarzt Dr. RUNIK von 1909 - 1911
7. Marinegeneraloberarzt a. D. Dr. KNOKE von 1912 - 1923
8. Marineoberstabsarzt a. D. Dr. DÜRIG von 1924 - 1947

1947 wurde das Werftkrankenhaus den Städtischen Krankenanstalten integriert.

3) Städtisches Krankenhaus

Die Unterbringung der Zivilkranken schien für die Stadt Wilhelmshaven zunächst komplikationslos. Sie fanden Aufnahme in dem Marine-Garnisonlazarett. Am 22. 11. 1873 erklärte die Marineintendantur der Landdrostei Wilhelmshavens, daß die Stadt ein eigenes Krankenhaus benötige, das Marinelazarett nur bis Januar 1876 Zivilkranke aufnehme und das auch nur in dringenden Fällen. 52)

Im Oktober 1874 ließ das Bürgervorsteherkollegium dem Magistrat freie Hand, um einleitende Schritte für die 'Anschaffung' eines Städtischen Krankenhauses zu veranlassen. Die Finanzlage der Stadt sah jedoch schlecht aus und ein Krankenhaus-Neubau war sehr kostspielig. Ein kleines Krankenhaus mit nur 30 Betten veranschlagte man auf 30 000,00 R. In der Not wandte sich die Stadt an die Landdrostei Aurich und bat am 23. 11. 1975 um einen kostenlosen Bauplatz sowie eine Beihilfe von 15 000 R. 52) Die Regierung in Aurich erklärte sich bereit, sich für eine Beihilfe einzusetzen, erwartete jedoch, daß Wilhelmshaven das Krankenhaus bauen und unterhalten solle. Nachdem die Bürgervorsteher dem Plan zugestimmt hatten, wurde ein Wettbewerb für das Gebäude am 11. 9. 1876 ausgeschrieben, bei dem der Bauingenieur WITTBER den ersten Preis erhielt. Der Bau zögerte sich jedoch noch lange hinaus. Über das Baugelände konnte man sich nicht einig werden. Wie es damals um die Kranken und deren Betreuung stand, geht sehr deutlich aus einem Physikatsbericht des Oberstabsarztes Dr. SCHMIDT hervor. 52) S. 493

> "Bei dem fortwährend bestehenden Zuzug von angeblich hier Arbeit suchenden, in Wirklichkeit aber in jeder Beziehung verkommenen, vielleicht anderswo ausgewiesenen Proletariern, Schenkmamsells und sonstigem Gelichtern kann es ja nicht auffallen, daß eine ganze Reihe oft schon krank gewesener oder wegen unregelmäßigen

> Lebens oder Mittellosigkeit unterwegs krank gewordener Individuen hier einschleichen und schließlich der Stadt nur zur Last fallen ..... "Wohin mit ihnen?" In unserem, sich in den kläglichsten Verhältnissen befindlichen Armenhause "sind" die wenigen zimmerartig aussehenden Räume seit länger an Arme abgegeben. Das Garnisonlazarett nimmt Kranke nur bei Lebensgefahr auf, andere muß man mit hohen Kosten zu Privaten tun oder nach Jever oder Varel bringen, vor einigen Wochen eine Schwangere gar nach Osnabrück, weil das Sophienstift solche grundsätzlich nicht aufnimmt."

Um nicht neue Menschenmassen herzuziehen, sei es wichtiger, die sanitätspolizeilichen Bedingungen zu erfüllen als ein neues Krankenhaus zu bauen. Dieser Standpunkt ermunterte gewiß nicht zum Bau eines notwendigen Krankenhauses.

Als im Jahre 1877 der Stadt als Bauplatz die Toennießensche Landstelle für 24 000 R angeboten wurde, war der Stadt der Preis zu hoch. Man entschloß sich. zunächst mit Staatsmitteln ein Gebäude für 24 - 30 000 R zu kaufen. 52) Der deswegen angeschriebene Preußische Innenminister verwies an den Provinzialarmenverband in Hannover. Die Hannoversche Deputation für das Heimatwesen gab jedoch am 2. 6. 1879 einen ablehnenden Bescheid. 52)

Ein Jahr nach dem anderen zog ins Land, die städtischen Kollegien verloren dennoch den Mut nicht. Zum 1. 1. 1880 mieteten sie von der Admiralität eines der Sielhäuser an der Kronprinzenstraße (Nr. 62) für fünf Jahre. 14 Betten wurden in fünf Zimmern aufgestellt. Am 29. September 1880 wurde dann das erste Wilhelmshavener Städtische Krankenhaus in Betrieb genommen. Das Krankenhaus an der Kronprinzenstraße war jedoch nur ein Behelf und entsprach auf die Dauer nicht den sanitätspolizeilichen Vorschriften. Man erwog vorübergehend, die finanziellen Mittel für einen Neubau durch eine Lotterie aufzubringen.

1889 entschied sich die Stadt dann, die Toennießensche 52)

Landstelle für 2,50 M pro qm zu kaufen und errichtete mit einem Kostenaufwand von 173 356 M ein Krankenhaus. (siehe Anhang)
Ein Jahr später wurde es um eine Baracke für Infektionskrankheiten erweitert. 1909 entstand ein zusätzlicher Pavillon.

Im Jahre 1927 bewilligte das Bürgervorsteherkollegium 450 000 RM zur Erweiterung. Die Umbaukosten waren jedoch fast 50% höher und beliefen sich auf 624 195 RM. 52)
Die Chirurgie wurde damals wesentlich ausgebaut. Es gab einen septischen und einen aseptischen Operationsraum. Die Waschräume waren vom Operationsraum getrennt. Der Dampfsterilisator stand in einem Vorraum. Anfangs führten die Chirurgen außer Gallen-, Magen-, Knochenoperationen, sowie Nagelungen, auch gynäkologische, urologische und kinderchirurgische Eingriffe durch. Obgleich für die damaligen Verhältnisse Blutgruppenbestimmungen sehr schwierig waren, machte man Frischbluttransfusionen mit der Beckschen Mühle, später mit dem Dreiwegehahn die Direktübertragung. Viele Blutbilder, Urinuntersuchungen und Zuckerproben werteten die Ärzte im Labor selbst aus. Auch die Sektionen wurden in dem Sezierraum der Leichenhalle nicht von einem angestellten Pathologen, sondern von den jeweiligen Ärzten durchgeführt.

In den zwei nebeneinanderliegenden Röntgenräumen standen ein Durchleuchtungsgerät sowie eine Röntgenkugel. Außerdem gab es ausstattungsmäßig die Möglichkeit der Tiefen- und Oberflächenbestrahlung.

Pflegerisch übernahmen bis 1937 Schwestern des Clementinenhauses Hannover die Betreuung der Patienten, anschließend wurde ein Vertrag mit der Schwesternschaft Übersee geschlossen und gleichzeitig eine Schwesternschule gegründet.

Insgesamt waren 120 Betten im Städtischen Krankenhaus untergebracht. Es gab Säle zu 12 - 16, sowie 6 und 2 - 3 Bettzimmer. Auf der Privatstation standen jeweils zwei Betten in den Krankenzimmern. Fließend kaltes und warmes Wasser war in jedem Zimmer. Das Krankenhaus verfügte ferner über eine Bäderabteilung mit eigenem Pfleger. Es gab sogar eine Schlickbadeanlage, die aufgelöst wurde, als Wilhelmshaven ein Schlickbad eröffnete.

Außer der Inneren und Chirurgischen Abteilungen gab es Belegbetten für Augen-, Hals-, Nasen-, Ohren- und Frauen-Krankheiten.
Die einzelnen Abteilungen wurden durch folgende Chefärzte betreut:

Chirurgische Abteilung:
Dr. LINKENHELD
Dr. WETZEL
Dr. DÜRIG

Innere Abteilung:
Dr. MANN
Dr. SCHULTZE - HEUBACH

Es ist interessant zu wissen, daß der Leiter des Städtischen Krankenhauses seit 1909 gleichzeitig Stadtarzt war. Er betreute die Armen und die Schulen. Ebenfalls oblag ihm die Fürsorge für die gesundheitlichen Zustände in der Stadt. Er überprüfte die Wohnungen auf ihre Eignung zum menschlichen Aufenthalt, überwachte die Lebensmittelgeschäfte und leitete die Tuberkulosenfürsorge. Privattätigkeit durfte der 'Stadtarzt' nicht ausüben. 52)

Während des Zweiten Weltkrieges errichtete man für 39) j
1 127 800 RM einen Luftschutzbunker, der mit einer kompletten Röntgenanlage, einem Operationsraum sowie Labor

ausgestattet war, an der westlichen Seite des Krankenhausgebäudes. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde das Städtische Krankenhaus mit dem Werftkrankenhaus und dem Marinelazarett zu den Städtischen Krankenanstalten zusammengefaßt.

Wie in jeder Hafenstadt stellte sich auch in Wilhelmshaven das Problem der Unterbringung und Behandlung von Geschlechtskranken. Aus einer Aktennotiz geht hervor, daß das Marinelazarett 1907 einen Tagesbestand von 100 bis 200 Geschlechtskranken hatte. Als die Räume im Garnisonlazarett nicht mehr ausreichten, wurde ein Teil der Kranken in Isolierbaracken gelegt, teilweise wurden sie in das St. Willehad-Hospital überwiesen. Schließlich weigerte sich das Katholische Krankenhaus, Infektionskranke aufzunehmen. 6)

Seit 1907, nachdem eine Polizeiverordnung der Provinz Hannover vom 19. 11. 1895 herausgegeben war, 6) plante man einen Bau für venerische Frauen. In einem Zeitungsartikel aus dem Jahre 1908 hieß es: 6) S. 269

> "Wilhelmshaven, 11. Juni ....." Am städtischen Krankenhaus soll ein Anbau zur Aufnahme geschlechtskranker Frauen mit einem Kostenaufwand bis zu 6.400 M gemacht werden; für die innere Einrichtung wurden die Kosten bis zu 6.000 M genehmigt."

Der Bau sollte so gelegt werden, daß ein Verkehr der venerischen Frauen mit den Insassen des benachbarten Garnisonlazaretts unmöglich war. Am 4. 3. 1909 wurde der Bau eines Pavillons genehmigt und auf dem Gelände des Städtischen Krankenhauses errichtet. Zunächst erhob die Marine-Intendantur Einspruch und bat um Verlegung des Neubaues wegen der geringen Entfernung vom Marinelazarett, "um die Disziplin und Sittlichkeit nicht zu gefährden". 6) Am 1. 2. 1910 wurde der Pavillon in Betrieb genommen.

Ursprünglich hatte man 16 Krankenzimmer geplant. Es sollten Einzelzimmer gebaut werden, um "Complottierungen" auszuschließen. Später entschied man sich jedoch für 3 - 4 Bettzimmer, da unter den Prostituierten viele geistig Gestörte waren, die bewacht werden mußten. 6)

Es gab allerdings Schwierigkeiten, die Prostituierten zu internieren, und so ist es nicht verwunderlich, daß es 1936 passierte, daß eine Prostituierte aus dem Krankenhaus entwich. Am 12. Oktober 1936 schrieb Dr. LINKENHELD an das Staatliche Gesundheitsamt, z. H. des Herrn Medizinalrats Dr. MANGELDORF. 7) S. 16

Zum Schreiben vom 9. 10. 1936 -I.9124/36-:

> "Die Prostituierte Schlemme ist in der Dökerschen Baracke des städtischen Krankenhauses aufgenommen worden und von dort entwichen. Eine Möglichkeit, Prostituierte am Entweichen zu verhindern, besteht für uns nicht, da auf unsere ausdrückliche Anfrage s. Zt. mitgeteilt wurde, daß wir nicht berechtigt seien, dieser Art Kranke einzusperren. Solange diese Befugnis aus gesetzlichen Gründen nicht erteilt werden kann, besteht die Möglichkeit für die betreffenden Prostituierten, aus jedem Unterbringungsraum des Städtischen Krankenhauses zu entweichen. Nach meinem Dafürhalten gehören derartige Kranke in besonderen Polizeiabteilungen resp. Lazarette von Arbeitshäusern, wo ihnen ein Entweichen unmöglich ist und in dem zum anderen auch die Möglichkeit einer Beschäftigung für solche Patienten besteht, die an unkomplizierten Geschlechtskrankheiten leiden."

Das Werftkrankenhaus nahm Prostituierte grundsätzlich nicht auf. Für geschlechtskranke Männer bestand kein Aufnahmeverbot, es fehlte jedoch die Einrichtung von Spritzenräumen, was auch vom Sanitätsamt am 20. Oktober 1909 bemängelt wurde. 4) S. 80

> "Die Einrichtung, daß die Tripperkranken sich in ein bestimmtes Klosett begeben, um dort ganz unbeaufsichtigt ihre Einspritzungen vorzunehmen, erregt mancherlei Bedenken. Es erscheint ratsam, sie die Einspritzungen unter sachverständiger Aufsicht vornehmen zu lassen, wie es in den Lazaretten sich auch eingebürgert hat."

Während des Zweiten Weltkrieges stieg die Zahl der Geschlechtskranken erheblich an, wie aus dem Statistischen Jahresbericht hervorgeht: 87)

> "Die Zahl der Geschlechtskranken hat sich in den beiden letzten Jahren bedenklich erhöht. Im Augenblick ist der Anstieg der Gonorrhoe zum Stillstand gekommen, während die Lues noch weiter im Anstieg begriffen ist."

Mehrmals wurde in der Nachkriegszeit versucht, Spezialkrankenhäuser für Geschlechtskrankheiten zu errichten.

Im Januar 1946 wurde ein Hilfskrankenhaus an der Ebertstraße, das kurz vor Kriegsende noch eingerichtet worden war, als Krankenhaus für Geschlechtskranke hergerichtet. Bis 1949/50 wurden dort Geschlechtskrankheiten behandelt.

Nach Auflösung des Krankenhauses an der Ebertstraße erfolgte die Kontrolle der Geschlechtskrankheiten durch das Gesundheitsamt Wilhelmshaven. Falls stationäre Behandlung erforderlich ist, kann sie auf der Haut-Belegabteilung im Reinhard-Nieter-Krankenhaus durchgeführt werden.

4) St. Willehad-Hospital

Um die Jahrhundertwende war die Sozialversicherung der arbeitenden Bevölkerung noch nicht sehr ausgereift. Es war noch gar nicht lange her, als in Wilhelmshaven die ersten Krankenkassen gegründet worden waren. Wie aus einer Anzeige aus dem "Wilhelmshavener Courier" vom 10. 1. 1870 hervorgeht, rief der "Allgemeine Deutsche Maurerverein" zu einer Versammlung auf, "wozu sämtliche Maurer von Wilhelmshaven und Umgebung eingeladen und zum Beitritt der Krankenkasse aufgefordert werden." 39) i Am 6. März heißt es in einer weiteren Anzeige:
" 1. Beitritt zur Krankenkasse. 2. Wahl des Vorstandes. 3. Gründung des allgemeinen deutschen Arbeitervereins". Aus der Reihenfolge der Tagesordnungspunkte läßt sich die Dringlichkeit einer Krankenkasse ablesen.
Am 1. September 1890 wurde dann eine Gemeindekrankenkasse gegründet. Die Ortskrankenkasse für Maurer, Handwerker, sollte über die Landesgrenzen hinaus wirken. Man machte den Vorschlag, eine gemeinsame allgemeine Ortskrankenkasse für Gebiete verschiedener Bundesstaaten zu errichten. Oldenburg erhob dagegen Bedenken. Das Reichskanzleramt erklärte den Vorschlag jedoch am 6. 6. 1893 für zulässig. So schlossen sich die Gemeinden Bant, Neuende und Heppens mit Wilhelmshaven zusammen und bildeten eine gemeinsame Ortskrankenkasse. Die Aufsicht über die Krankenkasse erfolgte durch die Stadt Wilhelmshaven. 52)

Die Werftarbeiter waren in der Betriebskrankenkasse versichert, die am 1. Dezember 1884 auf Anordnung des damaligen Chefs der Admiralität für den gesamten Bereich der Marinestation Nordsee gegründet worden war. Dieser Betriebskrankenkasse war die Werft angegliedert. Die allgemeine Krankenversicherung war ein wesentlicher Teil der gesamten Sozialversicherung, die durch Selbsthilfe und

Zuwendung durch den Arbeitgeber getragen werden mußte. Von den Beiträgen hatte der Arbeitgeber 1/3, der Arbeitnehmer 2/3 zu tragen. Die Familienhilfe war seit Gründung der Betriebskrankenkasse eingeschlossen als freiwillige Mehrleistung. Erst am 27. 7. 1930 wurde sie durch eine Verordnung obligatorisch. Wenn der Ernährer der Familie durch einen Unfall arbeitsunfähig war, stand ihm bei der Kaiserlichen Werft ein gesetzlicher Entschädigungsanspruch auf Grund des Preußischen Allgemeinen Landrechts zu. Kostenträger war die 1874 gegründete Marineunterstützungskasse, die später auch die Kosten für Erholungsaufenthalte für Kinder trug. 61)

Auf Grund der teils schlechten sozialen Versicherung war es für die Stadt Wilhelmshaven eine große Hilfe, als im Jahre 1898 der Prälat CLEMENS MEISTERMANN (1854 bis 1929) aus dem Mutterhaus der Barmherzigen Schwestern vom hl. Franciscus zu Mauritz bei Münster drei ausgebildete Schwestern holte. Sie übernahmen die ambulante Versorgung von Kranken und Hilfsbedürftigen.

Den Dienst im Rahmen der Aktivitäten der St. Willehad-Kirche versahen:

Schwester Bertina, geb. Karolina MUGGENBORG aus Altenberge,
Schwester Minata, geb. Maria KLEXHEGE aus Bork und
Schwester Pusiana, geb. Katharina JUNGMANN aus Sendenhorst.

Die Tätigkeit der katholischen Krankenschwestern zeigt folgende Aufstellung: 14)

Allgemein	1901	1902	bis 1. 9. 1903 (8 Monate)
Kranke	149	218	197
Pflegebesuche	2538	3888	3230
Nachtwachen	410	567	462

Davon entfallen auf Angehörige der Marine (Werftarbeiter usw.) :

Kranke	81	125	119
Pflegebesuche	1605	2007	2015
Nachtwachen	278	275	121

Die Bezuschussung der Tätigkeit geht aus einem Brief vom 24. Oktober 1905 hervor, der an den Staatssekretär des Reichs-Marine-Amts in Berlin gerichtet ist. 14)

"Auf mein an die hiesige Kaiserliche Werft unterm 28. 2. 01 gerichtetes Gesuch um Bewilligung einer Beihilfe zum Unterhalten einer katholischen Krankenschwester haben Eure Excellenz geruht, für 1900 vom 21. 11. 00 an 300 M und für 1901 als Zuschuß 1000 M zu gewähren, sowie für 1902 bei dem Kapitel 64 Titel 10 in dem Etat 100 M für eine Krankenschwester laufend einzustellen.

In der verhältnismäßig kurzen Zeit ihres Wirkens sind an die Berufstätigkeit der Schwstern dauernd so hohe Anforderungen gestellt worden, daß sie nur unter Anspannung aller Kräfte und unter Hintansetzung ihrer Gesundheit dem Rufe der Hilfe suchenden Folge leisten konnten.

Erschwert wird hier die ambulante Krankenpflege durch die außerordentlich weiten örtlichen Entfernungen, mit denen immer gerechnet werden muß.

Wie große Anforderungen an die Schwestern gestellt worden sind, ist aus der angeschlossenen Nachweisung über ihre Tätigkeit zu ersehen. Dort ist unter a die Arbeit im Allgemeinen und unter b im besonderen die Arbeit verzeichnet, der sich die Schwestern lediglich im In-

teresse und im Dienste der Marineangehörigen (Werftarbeiter, Offiziere, Beamte, Unteroffiziere usw.) bis Ende August 03 unterzogen haben. Mit der fortschreitenden gewaltigen Vergrößerung der Marine hält Schritt eine stetige erhebliche Vermehrung der Werftarbeiter. Dementsprechend werden die Ansprüche, die an die katholischen Krankenschwestern gestellt werden, von Jahr zu Jahr größer. Sie sind jetzt schon so bedeutend geworden, daß sie - wie sich aus der Anlage ergibt - von der einen Schwester, für die aus Marinefonds die Mittel bewilligt sind, auf keinen Fall mehr bewältigt werden können. Es müssen auch die anderen drei Schwestern dauernd zur Hilfe herangezogen werden. Aber auch diese sind, aus Rücksicht auf die enormen Anforderungen und in Anbetracht der Gesamtleistungen an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit gelangt.

Im Interesse der Erhaltung der Schwestern, die sonst unter der Last der Arbeit zusammenbrechen würden, mußte deshalb vor einigen Wochen vom Mutterhaus eine fünfte Schwester hergeschickt werden. Diese soll zur Pflege der Werftarbeiter verwendet werden.

Aus den vorstehenden wie aus den in meinen Eingangs erwähnten Gesuche angeführten Gründen, die auch jetzt zutreffen, beehre ich mich zu bitten, geneigtest zur Unterhaltung einer zweiten Schwester für das laufende Rechnungsjahr einen Zuschuß von 1000 M und vom 1. 4. 1904 ab laufend einen gleich hohen Betrag gewähren und in den Etat einstellen lassen zu wollen.

Die hiesige katholische Gemeinde (vorwiegend Werftarbeiter) ist arm. Die katholischen Krankenschwestern sind gleichfalls arm. Sie arbeiten ohne Entgeld. Bis jetzt haben sie an die hiesige Kaiserliche Werft und an die Frauenvereine Gesuche um Unterstützung einzelner Kranken, obgleich diese an sich sehr bedürftig waren, nicht gestellt. Deshalb dürfte es wohl angezeigt sein, auch aus diesem Grunde den katholischen Krankenschwestern, die sich im Dienste der leidenden Menschheit aufopfern, eine Unterstützung zu gewähren.

Die Gewährung der Unterstützung würde unmittelbar in erster Linie den Marineangehörigen (Werftarbeitern usw.) zu Gute kommen. Diese würden der Kaiserlichen Marine für die Hilfe besonders dankbar sein."

)er Dienst der Schwestern wurde durch Schenkungen und
ier Kollekte in der Kirche finanziert.

Seit 1908 war bei der Werft eine Fürsorgerin angestellt. Ihre Aufgabe bestand darin, die wirtschaftlichen Verhältnisse der Werftfamilien zu überprüfen und im Notfall zu helfen; denn der 'Hauspflegeverein Wilhelmshaven - Rüstringen' hatte sich verpflichtet, bei Erkrankung in Familien, Pflegerinnen zur Verfügung zu stellen, damit der Haushalt in der Arbeiterfamilie aufrecht erhalten wurde. Diese Pflegerinnen standen zu "geringem Kostenaufwand" zur Verfügung. 61)

Sechs Jahre, nachdem die katholischen Schwestern nach Wilhelmshaven gekommen waren, dauerte es, bis in der Diaspora Wilhelmshaven das St. Willehad-Hospital gegründet werden konnte. Benannt war die Gemeinde nach dem Bischof von Bremen, WILLEHAD (um 745 - 789), der im Auftrag KARLS des GROSSEN im Bereich der Unterweser missioniert und das Bistum Bremen gegründet hatte. Später wurde er heilig gesprochen.

Mit einer Anleihe in Höhe von 600 000 Goldmark wurde 1904 mit dem Bau des Hospitals begonnen, das im Frühjahr 1905 14) vollendet und am 5. Juli des gleichen Jahres bezogen werden konnte. Der Plan, ein Katholisches Krankenhaus in Wilhelmshaven zu errichten, beeinflußte auch die Pläne, das Städtische Krankenhaus zu erweitern, wie aus einem Brief des Landrats vom 3. 9. 1903 an den Regierungspräsidenten hervorgeht: 6) S. 213

> "Nach einem Bericht des Magistrats ist für den Bau eines katholischen Krankenhauses alles soweit vorbereitet, daß es sich, um im städtischen Krankenhaus nicht überflüssige Räume zu schaffen, zunächst empfehlen dürfte, den Bau des Katholischen Krankenhauses abzuwarten. Ich habe den katholischen Pfarrer MEISTERMANN in Bant um nähere Auskunft über den Bauplan und den voraussichtlichen Zeitpunkt der Fertigstellung des Baues ersucht. Sobald ich Antwort erhalte, werde ich mir erlauben, dieselbe vorzutragen."

Der Rektor CLEMENS MEISTERMANN, Pfarrer der Katholischen Kirchengemeinde St. Willehad, antwortete am 7. 9. 1903:
6) S. 215

"An das königliche Landratsamt in Wittmund
Auf die gefl. Anfrage erlaubt sich der Unterzeichnete gehorsamst zu antworten, daß die katholische Gemeinde in nächster Zeit sicher ein Krankenhaus bauen wird, und zwar an der Kaiserstraße in Wilhelmshaven. Die Vorarbeiten werden bereits gemacht, so daß der Bau hoffentlich gleich nach dem Winter in Angriff genommen werden kann. Der Bau excl. Grundstück und Inventar wird 100.000 M kosten" MEISTERMANN, Rektor

Als Träger wurde 1903 ein Verein gegründet, der die Geschäfte überwachen sollte. Er gab sich die folgende Satzung: 14)

Satzungen
des eingetragenen Vereins
St. Willehad-Hospital in Wilhelmshaven

Name und Sitz

Der Verein führt den Namen: 'St. Willehad-Hospital' und hat seinen Sitz in Wilhelmshaven. Der Verein soll in das Vereinsregister eingetragen werden.

§ 2

Zweck

Der Verein bezweckt die Erbauung und Unterhaltung eines Krankenhauses und die Pflege von Kranken sowohl im Krankenhaus als auch in Privathäusern ohne Unterschied des Glaubensbekenntnisses.

§ 3

Die Krankenpflege soll mit Hilfe von katholischen barmherzigen Schwestern ausgeübt werden.

§ 4

Die Mitglieder ziehen aus dem Verein keinen materiellen Nutzen (Vergl. jedoch § 22).

Der aus der Krankenpflege etwa erzielte Überschuß an Geldern darf nur zur Erweiterung oder Verbesserung des Krankenhauses sowie zur Pflege und Unterstützung bedürftiger Kranken verwendet werden.

§ 5

Im Kriegsfalle darf der Vorstand die Einrichtungen und Räume des Krankenhauses ganz oder teilweise der Kaiserlichen Marine zur Benutzung überweisen.

§ 6

Mitglieder

Die Höchstzahl der Mitglieder mit Einschluß des Vorsitzenden (§§ 8 u. 15) ist auf 10 (zehn) beschränkt.

§ 7

Über die Aufnahme eines Bewerbers in den Verein entscheidet die Mitgliederversammlung (§ 25). Die Aufnahme ist abgelehnt, wenn der Vorsitzende oder zwei Mitglieder gegen sie Einspruch erheben.

Der Bewerber wird erst Mitglied nach Unterschrift der Beitrittserklärung.

§ 8

Der Pfarrer (oder geistliche Rektor) der römisch-katholischen Zivilkirchengemeinde in Wilhelmshaven ist, sobald er seinen Eintritt dem Vorstand schriftlich anzeigt, ohne Wahl Mitglied des Vereins (§ 15).

§ 9

Der Austritt eines Mitglieds ist durch Kündigung gestattet. Diese kann nur zum 1. April stattfinden und muß mindestens zum 31. Dezember vorher bei dem Vorstand schriftlich erfolgen.

§ 10

Ändert ein Mitglied den Wohnsitz, dann kann die Mitgliederversammlung mit Zustimmung des Vorsitzenden seinen Austritt beschließen (§ 25).

Die Verlegung des Wohnsitzes nach den Gemeinden Bant, Neuende und Heppens ist hiervon ausgenommen.

§ 11

Im Falle des Todes eines Mitgliedes ist er sofort als ausgeschieden zu betrachten.

§ 12

Mitglieder, die sich einer Handlung zu Schulden kommen lassen, durch die die Interessen oder das Ansehen des Vereins geschädigt werden, können durch Beschluß der Mitgliederversammlung (§ 26) ohne weiteres sofort ausgeschlossen werden.

§ 13

Beiträge

Laufende Beiträge sind von den Mitgliedern zu leisten.

§ 14

Organe

a) Der Vorstand

Der Vorstand besteht aus vier Personen, und zwar aus dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter und dem Schriftführer und dessen Stellvertreter.

§ 15

Vorsitzender ist ohne Wahl immer der Pfarrer (oder geistliche Rektor) der katholischen Zivil-Kirchengemeinde in Wilhelmshaven, sobald er dem Vorstand schriftlich seinen Eintritt in den Verein (§ 8) und den Willen erklärt, den Vorsitz zu übernehmen. In Ermangelung eines Pfarrers (oder geistlichen Rektors) oder für den Fall, daß der Pfarrer (oder geistliche Rektor) den Vorsitz nicht übernehmen kann, wird für die Dauer der Vakanz der Vorsitzende in der Mitgliederversammlung gewählt (§ 25).

Für den neu eintretenden Pfarrer (oder geistlichen Rektor) (§ 8) ist eine Mitgliedsstelle offen zu halten.

§ 16

Der Schriftführer und die beiden Vertreter (§ 14) werden durch die Mitgliederversammlung auf 6 (sechs) Jahre gewählt. Wiederwahl ist gestattet.

Scheidet eine dieser Personen dauernd aus dem Amte oder aus dem Verein, dann hat die Mitgliederversammlung eine Neuwahl vorzunehmen (§ 25).

§ 17

Der Vorstand vertritt den Verein gerichtlich und außergerichtlich. Schriftliche oder mündliche Willenserklärungen des Vorstandes sind für den Verein rechtsverbindlich, wenn sie vom Vorsitzenden und dem Schriftführer oder in deren Behinderung von dem Stellvertreter abgegeben sind.

§ 18

Mit der Vorsteherin verwaltet er das Krankenhaus und übt die Hausordnung aus und regelt die Krankenpflege in Privathäusern.

§ 19

Mit Zustimmung der Mitgliederversammlung (§ 25) setzt er die Höhe des Krankengeldes fest und erläßt Anweisungen über die Aufnahme, Verpflegung usw. der Kranken.

Für genügende ärztliche Versorgung hat er zu sorgen.

§ 20

Er zeichnet für den Verein unter der Firma:

"Das St. Willehad-Hospital
Der Vorstand"

mit der Unterschrift der beiden Vorstandsmitglieder oder deren Stellvertreter.

§ 21

b) Rechnungsführung

Für das Rechnungs- und Kassengeschäft ernennt der Vorstand einen Rechnungsführer, für den er mit Zustimmung der Mitgliederversammlung (§ 25) eine Geschäftsanweisung erläßt. Zum Rechnungsführer kann auch eine außerhalb des Vereins stehende Person ernannt werden. In diesem Falle hat der Rechnungsführer, wenn er zu einer Mitgliederversammlung zugezogen wird, an den Beschlüssen nicht mitzuwirken.

§ 22

Dem Rechnungsführer kann vom Vorstand mit Zustimmung der Mitgliederversammlung (§ 25) eine Vergütung gewährt werden.

§ 23

Der Vorstand hat der Mitgliederversammlung (§§ 25 und 27) jährlich für das verflossene Geschäftsjahr einen Geschäftsbericht zu erstatten und die Rechnung zur Prüfung und Abnahme vorzulegen.

§ 24

Das Geschäftsjahr umfaßt die Zeit vom 1. April bis 31. März des nächsten Jahres.

§ 25

c) Mitgliederversammlung

Die Rechte, die den Mitgliedern in Vereinsangelegenheiten zustehen und die in den §§ 10, 15, 16, 19, 21, 22 und 23 aufgeführt sind, werden in der Mitgliederversammlung durch Beschlüsse ausgeübt. Diese werden mit einfacher Stimmenmehrheit der erschienenen Vorstands- und Vereinsmitglieder gemeinsam gefaßt. Wegen der Aufnahme von Mitgliedern vergl. § 7. Der Vorstand ist an die Beschlüsse der Mitgliederversammlung gebunden.

§ 26

Außerdem (§ 25) entscheidet die Mitgliederversammlung über

a) den Ausschluß eines Mitgliedes (§ 12);
b) die Änderungen oder Ergänzungen der Satzungen;
c) die Auflösungen des Vereins (§ 30).

Zur Gültigkeit dieser Beschlüsse ist eine Mehrheit von 3/4 der Mitglieder erforderlich, unter denen sich auch der Vorsitzende befinden muß.

§ 27

Ordentliche Mitgliederversammlungen müssen jährlich einmal stattfinden.

Außerordentliche werden nach Bedarf einberufen. Eine außerordentliche Versammlung muß einberufen werden, wenn die Hälfte der Mitglieder unter Angabe des Zweckes und der Gründe beim Vorstand die Berufung schriftlich beantragen.

§ 28

Der Vorstand beruft die Mitgliederversammlung schriftlich unter Angabe der Tagesordnung.

Die Leitung der Verhandlungen führt der Vorsitzende oder dessen Vertreter, wenn auch dieser verhindert ist, der Schriftführer oder dessen Vertreter (§ 14).

§ 29

Über die Beschlüsse der Mitgliederversammlung ist in einem Verhandlungsbuch eine Verhandlung aufzunehmen, die von dem Leiter der Verhandlung (§ 28) und einem anwesenden Mitglied zu unterschreiben ist.

§ 30

Auflösung, Überweisung des Vermögens

Die Auflösung des Vereins kann erfolgen:

a) durch Beschluß der Mitgliederversammlung (§ 26),
b) in den durch das Gesetz bestimmten Fällen.

§ 31

Bei einer Auflösung des Vereins fällt sein Vermögen der römisch-katholischen Zivil-Kirchengemeinde in Wilhelmshaven mit der Bestimmung zu, das Kapital zinsbar anzulegen, bis ein neues katholisches Krankenhaus entsteht, das die gleichen Zwecke (§§ 2, 3 und 4) verfolgt und nach den Grundsätzen dieser Satzung verwaltet wird.

Der Pfarrer (oder geistliche Rektor) dieser katholischen Zivil-Kirchengemeinde hat die Leitung und Verwaltung dieses Vermögens sowie die selbständige Verwendung der Einkünfte, die er unter die Kranken und Armen der Gemeinden Wilhelmshaven, Bant, Neuende und Heppens zu verteilen hat.

Wilhelmshaven, den 29. Dez. 1903
29. Mai 1904

gez.: MEISTERMANN gez.: LAMBY gez.: ROMAN SCHNEIDER
Rechnungsrat

Der vorgenannte Verein ist heute unter Nr. 12 in das Vereinsregister des hiesigen Amtsgericht eingetragen.

Wilhelmshaven, den 18. Januar 1904

Die Gerichtsschreiberei des Königlichen Amtsgerichtes

(Stempel) gez.: STEINER

Es entstand an der damaligen Kaiserstraße ein viergeschossiges Gebäude, das den modernsten medizinischen, hygienischen und baulichen Ansprüchen genügte. Die einzelnen Stockwerke konnten durch einen hanfseilbetriebenen Fahrstuhl, den ersten überhaupt in Wilhelmshaven, erreicht werden. Entsprechend den hygienischen Bestimmungen hatten die Räume eine Höhe von 4 m. Sie waren mit lichtspendenden dreiteiligen Fenstern und dreierlei Belüftungsmöglichkeiten ausgestattet. Es gab Klappfenster in den Oberlichtern, einen Entlüftungsschacht zum Dach und Klappflügel über den Flurtüren. Zimmer und Flure konnten zentral beheizt werden. Insgesamt wurden 80 Betten eingerichtet, weitere 14 im Isolierhaus, so daß ca. 100 Patienten behandelt werden konnten. Die Kranken waren zu dritt oder viert in einem Zimmer untergebracht. Auf jeder Station war außerdem ein Saal mit neun Betten. Allerdings gab es für Selbstzahler kleinere Räume. 1950 erhielt das St. Willehad-Hospital dann eine Privatstation mit 30 Betten.

Im Ersten Weltkrieg konnte das Haus nur mit großen Opfern erhalten werden und wurde zeitweilig mit dem Werftkrankenhaus integriert.

Als im Herbst 1917 eine Diphtherie-Epidemie ausbrach, wurden allein im Isolierhaus 50 Kranke untergebracht und als 1918 eine schwere Grippe in Wilhelmshaven auftrat, war das Haus ständig überfüllt. Die Kranken brachten ihre Betten mit, die zu den anderen in die Krankenzimmer gestellt wurden.

Bis 1919 war das Hospital Belegkrankenhaus. Die Belegung erfolgte durch niedergelassene Ärzte. Pflegerisch betreut wurden die Kranken ausschließlich von Ordensschwestern.

Dr. BENDIG übernahm 1919 als erster die Leitung des Hauses und war für die hygienischen Belange und die ärztliche

Betreuung verantwortlich. Die fachärztliche Behandlung begann mit der Anstellung von Dr. GRUNER als Chirurg und Dr. ANDREAS als Frauenarzt. Die Operationsabteilung war im 1. Obergeschoß mit einem großen aseptischen und einem kleineren septischen Operationsraum sowie einer Sterilisationsanlage untergebracht. Zur chirurgischen Nachbehandlung existierte im Erdgeschoß ein Universalpendelgerät. Massagen und Bäder konnten im 2. Obergeschoß verabfolgt werden.

Pfarrer Heinrich BRÜEL, der Nachfolger des Gründers des St. Willehad-Hospitals, plante 1926 - nach den Jahren der Inflation - einen Erweiterungsbau. Diese umfangreichen Bauarbeiten wurden 1929 abgeschlossen. Das St. Willehad-Hospital hatte nach Erweiterung eine Bettenkapazität von 200. Insbesondere wurden Untersuchungs- und Behandlungsräume eingerichtet und für eine komfortable Unterbringung des Pflegepersonals gesorgt. 14)

Während des Zweiten Weltkrieges wurde im Februar 1943 ein Teil des Wirtschaftsgebäudes zerstört und am 15. Oktober des gleichen Jahres brannten der Dachstuhl und die 4. Etage aus. Der Betrieb des Krankenhauses wurde im Keller und Luftschutzbunker aufrechterhalten, sowie in einer Holzbaracke, die im Garten aufgestellt wurde. Nach dem Kriege begannen umfangreiche Aufräumungsarbeiten und die Beseitigung der Kriegsschäden.

In der Wiederaufbauzeit nach dem Zweiten Weltkrieg konnten das 3. und 4. Obergeschoß wiederhergestellt werden und im 5. Stock ein Schwesternwohnflügel eingerichtet werden. Der Bunker wurde überbaut und die Krankenstation erweitert. Die durch Kriegseinwirkungen zerstörten Gebäudeteile wurden in den Jahren 1949 bis 1955 in drei Bauabschnitten erstellt. Zum 50-jährigen Jubiläum im Jahre 1955 hatte das Krankenhaus wieder rd. 220 Betten. 14)

In den Jahren 1963 bis 1968 wurde eine grundlegende Erweiterung und Modernisierung vorgenommen. In der anliegenden Ansgaristraße entstand ein Bettenhaus mit 7 Stockwerken, so daß die Bettenzahl auf 297 erhöht werden konnte. Die Gesamtkosten des Sanierungsvorhabens beliefen sich auf über neun Millionen Mark. "Jedes Bett erforderte demnach einen Kostenaufwand von DM 38.000,--". 39) j

Die Gliederung in selbständige Fachabteilungen begann 1930:
Die gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung erhielt nach dem neuen Bauabschnitt 1929 helle und luftige Säuglingsräume sowie einen modernen Kreißsaal. 1967 wurde die Entbindungsabteilung nochmals renoviert.
In der Wilhelmshavener Zeitung vom 25. 2. 1967 heißt es: 39) j

"Die Neugeborenen schweben in kleinen Körbchen in entkeimter Frischluft.

Entbindungsabteilung im 'Willehad' neu eingerichtet.

Hinter einer dicken Glasscheibe sieht der glückliche Vater sein Töchterchen oder Söhnchen zum ersten Mal. Er sieht, daß es schreit, aber aus der Neugeborenen-Stube dringt kein Laut nach außen. Aber neben der Scheibe ist innen und außen ein Telefon angebracht, durch das der Vati mit der Schwester, die ihm seinen Sprößling zeigt, telefonieren kann. Neben dem Guckloch steht hinter der Scheibe auch eine große Waage mit einem auch außen ablesbaren Zifferblatt, so daß der junge Vater auch selber sehen kann, wieviel das Prachtkind wiegt. Nur zu ihm hinein darf er ebenso wie die Mutti nicht.

Die Räume der Neugeborenen in der neu eingerichteten Abteilung im vierten Stock des Willehad-Hospitals sind für Außenstehende "tabu". Nur die Ärzte und Schwestern dürfen in weißen Kitteln und Gummischuhen die Zimmer durch eine luftentkeimte Schleuse betreten. Diese neue Einrichtung und viele andere sind jetzt in der Abteilung neu geschaffen worden, um die Kinder vor Krankheiten zu schützen und den Ärzten, Hebammen, Schwestern und Schwesternhelferinnen das Leben zu erleichtern. Die alten Babybettchen wurden zum größten Teil durch Körbchen ersetzt, die an Schienen aufgehängt sind.

Der Fußboden kann so schnell gewischt, die winzigen Matratzen und Kissen fix neu bezogen werden, weil das in der Luft schwebende Körbchen von allen Seiten zugänglich ist.

Im Vorraum zu den Neugeborenenzimmern ist auf einem Wickeltisch auch eine Waage aufgestellt. Dort kann die Mutti ihr Kind wiegen und lernen, es zu wickeln, dort bekommt sie es zum Füttern überreicht. Für die Flaschen gibt es in einer angrenzenden chromblinkenden Küche automatische Waschmaschinen und Sterilisationsapparaturen.

Die Kreißbetten stehen nicht mehr zusammen in einem großen Raum, sondern wie in allen modernen Krankenhäusern jedes in einem Sonderraum, in den die Hebamme von ihrer Zentrale einsehen kann und mit dem sie außerdem "per Funk" verbunden ist. Demnächst soll noch eine Herztonüberwachungsanlage eingebaut werden, mit deren Hilfe die Hebamme laufend die Herztöne der werdenden Mutti überwachen kann.

Die Geburtszimmer haben ebenso wie die ganze Station eine zentrale Gasversorgung für Sauerstoff, Druckluft, Lachgas. An sie können auch Narkose- und Wiederbelebungsgeräte angeschlossen werden. Für die Babys gibt es im Raum nicht nur Badewannen, sondern auch infrarotbeheizte Wickeltische; denn die Neugeborenen sind gegen Temperaturschwankungen und Kälte sehr empfindlich. Die ganze Abteilung ist darum auch mit einer Klimaanlage ausgestattet, die es unnötig macht, die Fenster zum Lüften zu öffnen. Es entsteht so kein Zug. Alle Zimmer sind wohltemperiert (den Wärmegrad können die Mütter bestimmen) mit entkeimter Frischluft. Die verbrauchte Luft wird ständig gegen frische ausgetauscht.

Schwester Friedgara kann die vielen, vielen Babys, die ihr anvertraut waren, gar nicht mehr zählen. Aber die Krankenhausverwaltung hat sie alle in den Akten festgehalten. Diese weisen aus, daß seit Eröffnung der geburtshilflichen Abteilung im Jahre 1929 bis heute dort 16 661 Kinder geboren wurden, darunter zweimal Drillinge."

Die Gynäkologische Abteilung hielt mit der raschen technischen Entwicklung Schritt. Medizinische Apparaturen und Instrumentarien wurden laufend auf Zweckmäßigkeit geprüft und falls notwendig durch diagnostisch wertvollere ersetzt. Der Fortschritt spiegelt sich in einem Zeitungsartikel der Wilhelmshavener Zeitung vom 20. 9. 1973 wider: 39) j

"Die Geburtshilfe Abteilung verfügt über neueste Einrichtungen, die die möglichen Gefahren für Mutter und Kind auf ein Mindestmaß reduzieren, z. B. Wehen- und Herztonschreiber mit EKG und Mikroblutanalysen oder Ultraschallbildvermessungsgerät."

Die Aufteilung der Chirurgisch-orthopädischen Abteilung und Ausstattung der Operationsräume entsprach von Anfang an den gynienischen und medizinischen Vorschriften. Zunächst arbeitete man an einem 'Fuchs' Operationstisch. Während des Zweiten Weltkrieges erfolgten die Operationen im neben dem Krankenhaus errichteten Bunker, der noch bis 1965 als gynäkologischer Operationsraum diente.
Heute gibt es in den vier aseptischen und einem septischen Operationsraum den Maquettisch. Seit 1965 verfügt das Krankenhaus über einen Monitor sowie einen Defibrillator. Modernste Beatmungsgeräte wurden 1973 mit Einrichtung der Anästhesieabteilung angeschafft.

Die Innere Abteilung wurde immer wieder erweitert. Besonderes internistisches Interesse lag in den 30er Jahren auf dem Gebiet der Kardiologie und Endoskopie; Untersuchungen, die damals erst zur Entwicklung kamen.

Für die Röntgendiagnose und Therapie standen zunächst ein Durchleuchtungsgerät, eine Röntgenkugel sowie ein Bestrahlungsgerät zur Verfügung. Auch diese Abteilung wurde stets dem neuesten wissenschaftlichen Stand angepaßt. Seit 1960 können auch Schichtaufnahmen angefertigt werden.

Für Erkrankungen der Augen, im Hals-, Nasen-, Ohren-Bereich und der Haut gibt es Belegabteilungen.
Besonders hervorzuheben ist die 1977 installierte Computeranlage, die mit Medikamentennamen gespeichert wird und auf Abruf die chemische Wirkstoffgruppe des Medikamentes, den Indikationsbereich, Häufigkeit des Einsatzes sowie den Preis angibt.

Damit werden obsolete Mittel aussortiert. Das Medikamentendepot konnte sehr reduziert werden. Ein einziger Raum reicht als Lager aus. Auch der Eindatz eines Apothekers bleibt erspart.
Ebenso raumsparend ist das 1975 eingerichtete Archiv, in dem die Krankengeschichten auf Mikrofilme abgelichtet und dann gespeichert werden.
Um bei der Beschaffung von Unterlagen und Daten keine Zeit zu verlieren, wurde 1965 eine Rohrpostanlage installiert, die von dem Personal der Aufnahme, dem Archiv, der Medikamentenausgabe, um nur einige wichtige Zentren zu nennen, zeitsparend benutzt werden kann.
Die pflegerische Betreuung wird neuerdings nicht nur von Ordensschwestern, sondern auch von freien Schwestern übernommen. Dem Krankenhaus angegliedert ist eine Pflegehelferinnenschule. Viele der ausgelernten Schwesternhelferinnen erklären sich nach Schulabschluß für den Einsatz auf der "Ambulanten Pflege- und Beratungsstation" bereit.
Vor drei Jahren (1974) wurde der humanistisch getragene Gedanke zur Betreuung kranker und hilfsbedürftiger Menschen ins Leben gerufen. Eine Spende von 20.000,-- DM sollte für den Einsatz einer Schwester im katholischen Bereich zweckmäßig verwendet werden. Man entschloß sich damals für die ambulante Pflege - wie es die Satzung des Vereins (§ 2) besagt - alter und kranker Personen. Die "Sozialstation" ist keine eigene Rechtspersönlichkeit, sondern eine Station, die dem Verein des St. Willehad-Hospitals angegliedert ist. Für den Außendienst sind 30 Schwesternhelferinnen tätig. Sie erhalten für ihre Tätigkeit einen Stundenlohn von 5,50 DM. Das Hospital erhält von den Kassen einen Betrag von 8,50 DM. Zur Übernahme der Pflegekosten des Paritätischen Wohlfahrtverbandes stellen die Krankenkassen folgende Bedingungen, wie aus der RVO § 185 hervorgeht:

"Die Kasse kann mit Zustimmung des Versicherten Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder andere Pfleger namentlich auch dann gewähren, wenn die Aufnahme des Kranken in ein Krankenhaus geboten, aber nicht ausführbar ist, oder ein wichtiger Grund vorliegt, den Kranken in seinem Haushalt oder in seiner Familie zu belassen.

Die Satzung kann gestatten, dafür bis zu 1/4 des Krankengeldes abzuziehen."

Der Verwaltungsleiter des St. Willehad-Hospitals, WILHELM HORMANN, plant den weiteren Ausbau der Ambulantenpflege durch die Inbetriebnahme eines drahtlosen Überwachungs- und Betreuungssystems. Dann können Akutfälle schnell geortet werden. Über einen Sender stehen hilfsbedürftige Personen mit der Zentralstelle im St. Willehad-Hospital in Verbindung.
Der Stern schreibt: 39) h

"Fortlaufend "klappert" der Zentral-Sender im Krankenhaus mit unterschiedlich modulierten Funksignalen die Alarmposten ab. Nach jedem ausgestrahlten Signal schaltet die Zentrale auf Empfang, der angefunkte Posten in der Altenwohnung auf Sendung um. Er antwortet mit verschiedenen Signalen, die in der Zentraleinheit gespeichert, bei Bedarf über einen Computerdrucker schriftlich abgefragt und optisch auf einem Leuchttableau sichtbar werden. Sie zeigen ob die Station gestört oder betriebsbereit ist, und ob der Angefunkte mit einem Knopfdruck an seinem Alarmgerät einen Notruf - etwa für dringend benötigte medizinische Hilfe ausgelöst hat oder ob der Überwachte mit einem "Okay" - Knopfdruck meldet, daß er keine Hilfe braucht.

Zudem ertönt ein Alarmsummton in der Zentrale, wenn ein Posten auch nach dem achten Rundruf eine 'Betriebsstörung' meldet oder nach 15 Stunden an einer funktionsbereiten Station weder der 'Notruf' noch der 'Okay' - Knopf gedrückt wurden. Für die Überwacher im Krankenhaus bedeutet dies, den Hausarzt oder einen hilfsbereiten Nachbarn sofort zu verständigen oder auch den ambulanten Pflegedienst des Hospitals hinzuschicken."

So werden räumliche und zeitliche Distanzen überwunden. Das tragbare Gerät soll den Hilfsbedürftigen für 5,-- DM Anerkennungsgebühr überlassen werden. Bislang verweigert die Bundespost leider die Lizenz für die Funkhilfe mit der Begründung: "Für ständige Verbindungen sei der Drahtweg zu wählen, vorzugsweise der normale Fernsprechanschluß." 39) h

St. Willehad-Hospital

Entwicklung der Krankenhausstatistik von 1946 bis 1950

Jahr	1946	1947	1948	1949	1950
Krankenbetten insgesamt	242	242	242	242	214
planmäßige	242	242	192	192	214
Überplanmäßige	-	-	50	50	28
stationär behandelte Personen					
am Jahresanfang	156	193	177	137	149
Zugänge	4.308	3.786	3.161	2.880	2.851
Abgänge	4.271	3.802	3.201	2.868	2.868
davon durch Entlassung	4.038	3.614	3.058	2.745	2.715
Tod	233	188	143	123	153
am Jahresende	193	177	137	149	132
Pflegetage	73.400	73.576	65.884	65.916	65.508
durchschnittliche Belegung je Tag	-	-	-	-	-
Bettenausnutzung i.H.	-	-	-	-	-

Zusammengestellt aus Wilhelmshaven in Zahlen, sowie den Statistischen Jahresberichten und Verwaltungsberichten der Stadt Wilhelmshaven.

St. Willehad-Hospital

Entwicklung der Krankenhausstatistik von 1951 bis 1955

Jahr	1951	1952	1953	1954	1955
Krankenbetten insgesamt	172	172	205	215	215
planmäßige	172	172	205	205	205
überplanmäßige	28	28	10	10	10
stationär behandelte Personen					
am Jahresanfang	132	124	141	163	162
Zugänge	2.524	2.614	2.957	3.183	3.075
Abgänge	2.532	2.597	3.935	3.184	3.080
davon durch Entlassung	2.404	2.457	2.766	2.990	2.903
Tod	128	140	169	194	177
am Jahresende	124	141	163	162	157
Pflegetage	59.638	58.855	68.486	70.950	72.713
durchschnittliche Belegung je Tag	-	-	-	194	199
Bettenausnutzung i.H.	-	-	-	95	97

Zusammengestellt aus Wilhelmshaven in Zahlen, sowie den Statistischen Jahresberichten und Verwaltungsberichten der Stadt Wilhelmshaven.

St. Willehad-Hospital

Entwicklung der Krankenhausstatistik von 1956 bis 1960

Jahr	1956	1957	1958	1959	1960
Krankenbetten insgesamt	215	215	-	-	215
planmäßige	205	205	-	-	205
überplanmäßige	10	10	-	-	10
stationär behandelte Personen					
am Jahresanfang	157	162	-	-	129
Zugänge	3.154	3.521	-	-	3.307
Abgänge	3.149	3.491	-	-	3.279
davon durch Entlassung	2.973	3.293	-	-	-
Tod	176	198	-	-	191
am Jahresende	162	192	-	-	157
Pflegetage	73.710	80.004	-	-	73.786
durchschnittliche Belegung je Tag	202	198	-	-	202
Bettenausnutzung i.H.	98	96	-	-	98

Zusammengestellt aus Wilhelmshaven in Zahlen, sowie den Statistischen Jahresberichten und Verwaltungsberichten der Stadt Wilhelmshaven.

St. Willehad-Hospital

Entwicklung der Krankenhausstatistik von 1961 bis 1965

Jahr	1961	1962	1963	1964	1965
Krankenbetten insgesamt	215	215	215	215	215
planmäßige	205	205	205	205	205
überplanmäßige	1o	10	10	10	10
stationär behandelte Personen					
am Jahresanfang	157	174	152	160	161
Zugänge	3.307	3.391	3.539	3.597	3.844
Abgänge	2.290	3.413	3.531	3.596	3.834
davon durch Entlassung	3.133	3.266	-	-	-
Tod	157	147	164	185	201=5,2%
am Jahresende	174	152	160	161	171
Pflegetage	72.879	71.079	71.373	71.807	74.050
durchschnittliche Belegung je Tag	199,7	194,7	196	197	203
Bettenausnutzung i.H.	97,4	95	95	96	99

Zusammengestellt aus Wilhelmshaven in Zahlen, sowie den Statistischen Jahresberichten und Verwaltungsberichten der Stadt Wilhelmshaven.

St. Willehad-Hospital

Entwicklung der Krankenhausstatistik von 1966 bis 1970

Jahr	1966	1967	1968	1969	1970
Krankenbetten insgesamt	240	260	-	297	297
planmäßige	230	250	-	284	284
überplanmäßige	10	10	-	13	13
stationär behandelte Personen					
am Jahresanfang	171	186	-	188	197
Zugänge	4.273	5.091	-	5.666	5.721
Abgänge	4.258	5.088	-	5.657	5.722
davon durch Entlassung	-	-	-	-	-
Tod	202	212=4,2%	-	227=4,0%	244=4,3%
Am Jahresende	186	189	-	197	196
Pflegetage	82.519	84.605	-	100.959	97.667
durchschnittliche Belegung je Tag	226	231	-	276	267
Bettenausnutzung i.H.	94	92,7	-	97,0	94,0

Zusammengestellt aus Wilhelmshaven in Zahlen, sowie den Statistischen Jahresberichten und Verwaltungsberichten der Stadt Wilhelmshaven.

St. Willehad-Hospital

Entwicklung der Krankenhausstatistik von 1971 bis 1974

Jahr	1971	1972	1973	1974
Krankenbetten insgesamt	297	297	310	328
planmäßige	284	284	297	315
überplanmäßige	13	13	13	13
stationär behandelte Personen				
am Jahresanfang	196	168	181	173
Zugänge	5.592	5.985	6.197	6.277
Abgänge	5.620	5.972	6.205	6.266
davon durch Entlassung	-	-	-	-
Tod	240=4,3%	219=3,7%	262=4,2%	240=3,8%
am Jahresende	168	181	173	184
Pflegetage	95.539	90.384	92.081	96.367
durchschnittliche Belegung je Tag	246	249	255	264
Bettenausnutzung i.H.	83	84	86	83,8

Zusammengestellt aus Wilhelmshaven in Zahlen, sowie den Statistischen Jahresberichten und Verwaltungsberichten der Stadt Wilhelmshaven.

5) Private Krankenhäuser

a) Privatkrankenanstalt

Im Jahre 1903, als gleichzeitig der Grundstein für den Bau des St. Willehad-Hospitals gelegt wurde, initiierten die hiesigen Ärzte Dr. HARMS, Dr. ONKEN und Dr. SCHWANHÄUSER die Einrichtung eines Wohnhauses in der Viktoriastraße als Privatkrankenanstalt. In erster Linie sollten Kranke in den ersten Tagen nach einer Operation aufgenommen werden.

Da es sich um ein normales Wohnhaus handelte, waren aufgrund der polizeilichen Verordnung vom 19. 11. 1895 bauliche Veränderungen notwendig, wie auch aus einem Schreiben des damaligen Kreisarztes an den Regierungspräsidenten hervorgeht. Es fehlten z. B. ein Bade- und ein Tagesraum. Die Treppe war nicht feuersicher, weil sie aus Holz angefertigt worden war. Die Fußböden mußten gründlich gekittet und gedichtet werden. Im Operationszimmer sollten die Wände glatt sein. Den Abortanlagen fehlte ein Vorraum. 8)

Auf das Schreiben des Kreisarztes an den Regierungspräsidenten baten Dr. HARMS, Dr. ONKEN und Dr. SCHWANHÄUSER, auf die Ausführung einiger Bestimmungen zu verzichten. Sie vertraten die Ansicht, daß eine feuerfeste Treppe nicht unbedingt erforderlich sei, da die meisten Räume zu ebener Erde lägen. Ein Tagesraum sei ebenfalls nicht notwendig; es handelte sich um Patienten in den ersten Tagen nach einer Operation, die ohnehin bettlägerig seien. In den Sommermonaten könnten die Patienten sich in der Veranda aufhalten.
Ob bauliche Veränderungen vorgenommen wurden, ist aus den Akten nicht ersichtlich.

Es besteht eine Abschrift der Konzession, die den drei Ärzten vom Regierungspräsidenten in Aurich am 27. 12. 1903 zugeschickt wurde. Hierin hieß es: 8)

"Aufgrund der Bestimmung in § 30 der Reichsgewerbeordnung in der Fassung vom 26. Juli 1900 (R.G.Bl.p. 871) in Verbindung mit den Vorschriften der Allgemeinen Anordnung des Königlichen Regierungspräsidenten hierselbst vom 29. September 1900 wird den Ärzten Dr. med. HARMS, Dr. med. SCHWANHÄUSER und Dr. med. ONKEN in Wilhelmshaven die Genehmigung zur Anlage und zum Betrieb einer an der Viktoriastraße in Wilhelmshaven gelegenen Privatklinik nach Maßgabe der beigehefteten Beschreibung, Lage- und Grundrißzeichnung unter ..... von dazu § 2, § 4 Abs. 1, § 5, § 7 Abs. 1, § 9 und § 21 der erwähnten Allgemeinen Anordnung aufgeführten Erfordernissen im übrigen unter folgenden Bedingungen erteilt:

Unternehmer sind verpflichtet,

a) falls eine der aufgenommenen Personen von einer ansteckenden Krankheit befallen wird, dieselbe sofort zu isolieren und baldmöglichst zu evakuieren.

b) falls sich nach Inbetriebsetzung der Anstalt ein nicht gehöriges Funktionieren der vorgesehenen Einrichtungen ergibt, auf ihre Kosten, die von der zuständigen Behörde für nötig erachtenden Vorkehrungen zu treffen.

Durch die Erteilung dieser Konzession wird weitergehenden Anforderungen, welche von den zuständigen Behörden zur Abstellung erheblicher gesundheitspolizeilicher Mißstände erhoben werden sollten, nicht vorgegriffen."

Am 16. 12. 1903 wurde die Privatkrankenanstalt der drei Wilhelmshavener Ärzte eröffnet, in der sich zum größten Teil Zimmer mit zwei Betten befanden.

Bislang hatte es in der Stadt keine Privatklinik gegeben. Außerdem muß erwähnt werden, daß weder das Marine-Lazarett noch das Werftkrankenhaus über Privatzimmer verfügten. In den Städtischen Krankenanstalten und im St. Willehad-Hospital wurden allerdings Privatzimmer eingerichtet.

Gleich zu Beginn der Inbetriebnahme einer Privatklinik betonten Dr. ONKEN, Dr. SCHWANHÄUSER und Dr. HARMS, daß das Unternehmen zunächst nur ein Versuch sein sollte. Ob sich das Unternehmen bewährte und wie lange die Privatanstalt bestand, konnte anhand des vorliegenden Aktenmaterials nicht festgestellt werden.

b) Private Entbindungsanstalten

In der stark zerbombten Stadt lebten nach dem Zweiten Weltkrieg zahlreiche Einwohner in notdürftig instandgesetzten Wohnungen. Die Verhältnisse für eine Hausentbindung waren mangelhaft, so daß die Zahl der Krankenhausentbindungen zunahm. 1947 wurden im St. Willehad-Hospital etwa 1000 Entbindungen durchgeführt, obgleich nur 24 Betten zur Verfügung standen.

Auf Grund dieser Tatsache stellte die Wilhelmshavener Hebamme VALLY BILDT den Antrag auf Eröffnung einer privaten Entbindungsanstalt in der Deichstraße 14. An Räumlichkeiten gab es dort 1 Kreiß-, 1 Wöchnerinnen und 1 Säuglingszimmer sowie einen Baderaum mit Gas-Warmwasserbereiter. Geheizt wurden die Räume durch Ofenheizung. Die Konzession wurde am 12. 8. 1946 erteilt und lautete wie folgt: 12)

Niederlassungserlaubnis

Der Hebamme VALLY BILDT, geb. 8. 2. 1901, wird die Niederlassungserlaubnis auf Grund des § 10 des Hebammengesetzes vom 21. Dezember 1938 erteilt.

Als Wohnsitz wird ihr der Stadtteil Heppens, Kreis Wilhelmshaven, angewiesen.

Zusatz

Die Niederlassungserlaubnis wird mit der Maßgabe erteilt,

daß die oben genannte Hebamme keine Ansprüche auf Zahlung des Unterschiedsbeitrages zur Erreichung des Mindesteinkommens beim Träger der Gewährleistung erhebt.

Kenntnis genommen und anerkannt:

Wilhelmshaven, den 12. August 1946

VALLY BILDT
Hebamme

Wilhelmshaven, den 12. 8. 1946
Städtisches Gesundheitsamt
Wilhelmshaven
Dr. HAIN
Leitender Arzt des Stadtgesundheitsamtes

Die fachliche Qualifikation wurde regelmäßig an der Landesfrauenklinik Oldenburg überprüft.

Da es damals noch viele freiberufliche Hebammen gab, ist es nicht verwunderlich, daß die Hebammen der Stadt eine Beschwerde beim Gesundheitsamt einreichten. Sie erhoben Einspruch dagegen, daß Frau BILDT "durch Aufgabe von Inseraten in den hiesigen Zeitungen standesunwürdige Reklame mache und sich damit gleichzeitig auch des unlauteren Wettbewerbs schuldig mache". 12)
Die Initiative wurde ebenfalls von den Mietern angegriffen, die den Lärm der Kreißenden monierten. Andere empfanden die Ofenheizung als Rauchbelästigung für die Wöchnerinnen. Das hiesige Gesundheitsamt, das 1935 gegründet worden war, führte regelmäßige Kontrollen durch. Die Entbindungsanstalt entsprach stets den gesundheitspolizeilichen Vorschriften.

Allerdings wurde Frau VALLY BILDT untersagt, zur Wehenschmerzbekämpfung den Draeger-Analgesie- und Narkoseapparat Modell 'EZ' zu benutzen, da Rauschnarkosen nur bei ärztlicher Anwesenheit gemacht werden durften. Das ging eben-

falls aus der Dienstanweisung für Hebammen hervor (Neufassung vom 17. 12. 1947). Frau BILDT leitete im eigenen Entbindungsheim folgende Geburten:

1959	29
1960	19
1961	27 mit 1 Fehlgeburt
1962	11
1963	16

Im selben Jahr gab es im St. Willehad-Hospital 625, in den Städtischen Krankenanstalten 843 Entbindungen. 12)

Nach dem Krieg fanden die Entbindungen im Privatheim unter hygienisch besseren Verhältnissen statt als in der Mehrzahl der Wohnungen; aber nach dem Wiederaufbau und der Einrichtung einer Frauenklinik verlor die Private Entbindungsanstalt an Bedeutung. Am 9. 5. 1964 gab Frau VALLY BILDT den Beruf als Hebamme und damit die Station auf. 12)

Wie aus einem Artikel des "Norddeutschen Volksblattes Bant" vom 31. 8. 1906 hervorgeht, muß in der Peterstraße eine Entbindungsanstalt existiert haben. Aktenunterlagen konnten leider nicht ausfindig gemacht werden. Es wird lediglich der Name des Instituts genannt. Gleichzeitig entnimmt man dem Ausschnitt die katastrophalen sozialen Verhaltensweisen sowie Krankenhausaufnahmebedingungen. Hier heißt es: 39) f

> "Noch ein unerhörtes Vorkommnis:
>
> Vorgestern abend begab sich eine Kellnerin, deren Entbindung nahe bevorstand, nach dem Institut der Hebamme Lüde in der Peterstraße, wo sie abgewiesen wurde, da sie kein Geld hatte. Sie ging nach dem St. Willehad-Hospital, wo sie auch abgewiesen wurde, weil Schwangere nicht aufgenommen werden. Das gleiche Schicksal traf sie, als sie im städtischen Krankenhause anklopfte, weil sie kein Geld und keinen Schein hatte.

> Auf dem Rückwege wurde das Mädchen dann auf dem Metzer Weg von der Entbindung überrascht. Nun nahm die junge Mutter ihr Kind in ihren Arm und ging wieder nach dem St. Willehad-Hospital, wo sie endlich Aufnahme fand.-
> Man sollte solche Vorkommnisse nicht für möglich halten. Hoffentlich beschäftigen sich die Gemeindekorporationen energisch mit solchen Mißständen."

An dieser Stelle muß erwähnt werden, daß es noch gar nicht so lange gesetzlich verankert ist, daß jede Schwangere Anspruch auf Klinikentbindung hat. Die Übernahme der Kosten geht auf die Mutterschutz-Novelle 1965 zurück und steht in der RVO, § 199:

> "Die Übernahme der Kosten einer Anstaltsentbindung ist nach geltendem Recht in das Ermessen der Krankenkasse gestellt und häufig davon abhängig gemacht worden, daß aus medizinischen Gründen eine Hausentbindung nicht verantwortet werden könne. Der Entwurf räumt allen Frauen einen Rechtsanspruch auf Klinikentbindung ein und stellt es ihnen frei, zwischen Haus- und Klinikentbindung zu wählen. Der Anspruch wurde auf zehn Tage begrenzt, da diese Dauer für den Normalfall ausreicht. Damit aber vor der Entbindung in der Klinik verbrachte Zeiten der Schwangeren nicht auf diese Zeit angerechnet werden, beschloß der Ausschuß, § 199 Abs. 1 des Entwurfs entsprechend zu ergänzen."

6) Paul-Hug-Kinderheim

Die Verhältnisse machten es notwendig, einen Platz für Menschen zu schaffen, die mit den Anforderungen des Lebens selbst nicht fertig wurden. So gründete man im Jahre 1881 am Banter Weg 81 ein Armenhaus, in dem auch Kinder, die zu verwahrlosen drohten, Aufnahme fanden. 11) 1896 wurde ein Anbau durch den Unternehmer SCHULZ-ARCHEN fertiggestellt. Nach dem Ersten Weltkrieg erhielt das Armenhaus den Namen "Pflegehaus". Im April 1921 zogen 23 Kinder aus dem Pflegehaus Banterweg in das Kinderheim an der Genossenschaftsstraße, wo man eine ehemalige Wirtschaft geschickt als Kinderheim umgewandelt hatte. Aus Wirtschafts- und Clubräumen wurden Speisezimmer und Schlafsaal, die Veranda Aufenthaltsraum und Wiese und Garten hinter dem Haus schöne Spielplätze. Wer Interesse an dem Heimleben hatte, konnte jederzeit kommen und so geschah es wohl auch, daß sich ein Helferkreis bildete, um die vielen Wünsche der Kinder zu erfüllen. Das war der Anfang der später unter dem Vorsitz PAUL HUG's gegründeten "Vereinigung für soziale Fürsorge". 11)

PAUL HUG, ehemaliger Oberbürgermeister der Stadt Wilhelmshaven, war am 24. 6. 1857 in Heilbronn geboren worden und kam 1880 als Maschinenschlosser zur Kaiserlichen Werft nach Wilhelmshaven. Später betrieb er einen Verlag und eine Druckerei. 1899 zog er als erster Sozialdemokrat in den Oldenburgischen Landtag, dem er fast 30 Jahre angehörte und wurde 1919 besoldeter Stadtrat, 1926 bis 1929 Oberbürgermeister der Stadt Rüstringen. 1933 wurde seine Pension gestrichen, und er lebte bis zu seinem Tod 1934 in München von Unterstützungen, die ihm seine Parteifreunde zukommen ließen.

Die Vereinigung hatte es sich zur Aufgabe gemacht, für den Kinderheim-Neubau zu werben. Am 1. April 1928 öffneten sich die Türen des staatlichen Hauses, später Paul-Hug-Kinderheim genannt für 47 Jungen und Mädel, 33 Säuglingen und Kleinkinder. Die 3 - 14 jährigen Kinder hatten Spiel- und Eßsaal im Erdgeschoß, die Schlafräume im Obergeschoß. Es war ebenfalls eine Kinderkrankenabteilung angegliedert, die anfangs von dem Stadtarzt ärztlich betreut wurde. Mit Errichtung einer Säuglingsschwesternschule, in der sich durchschnittlich 12 Schülerinnen befanden, übernahm der Kinderarzt Dr. ARKENAU die ärztliche Leitung.

In einem Artikel aus den "Oldenburgische soziale Anstalten" heißt es: 39) k

"Das Kinder- und Säuglingsheim der Stadt Rüstringen

Das neu erbaute Kinder- und Säuglingsheim der Wohlfahrtsverwaltung der Stadt Rüstringen ist am 1. April 1928 bezogen worden. In dem Heim können 25 - 30 Säuglinge, 25 Kinder im Alter von ein bis zwei Jahren und 50 Kinder im Alter von drei bis vierzehn Jahren untergebracht werden. Außerdem sind, sowohl für die Säuglinge als auch für die Kinder, entsprechende Krankenstationen vorhanden, so daß die ärztliche Behandlung von den Ärzten des Heims durchgeführt werden kann. Neben dem hauptamtlichen Stadtarzt, welcher die ärztliche Aufsicht über das Kinderheim ausübt, ist noch nebenamtlich ein Spezialarzt für Kinderkrankheiten angestellt. - Die Leitung des Heims liegt in den Händen von Oberschwester Friederike, die der erforderlichen Anzahl an Kinder- und Säuglingsschwestern, Kindergärtnerinnen usw. zur Seite steht.

Mit der Eröffnung des Heims wurde gleichzeitig eine staatlich anerkannte Schule für Kinder- und Säuglingspflegerinnen eingerichtet, in der sich durchschnittlich 12 Schülerinnen befinden.

Das Heim ist nach den neuesten und modernsten Grundsätzen gebaut und eingerichtet. Es entspricht in jeder Beziehung besonders auch nach der hygienischen Seite hin, den Anforderungen der Neuzeit. Ohne Übertreibung kann das Heim als eine der modernsten und besteingerichteten Anstalten dieser Art in Nordwestdeutschland bezeichnet werden."

Nach der Machtübernahme durch die NSDAP im Jahre 1933 wurde es untersagt, das Heim weiterhin Paul-Hug-Kinderheim zu nennen.

Als der Krieg begann, wurde das Haus als Lazarett vorgesehen und die Pflegekinder teilweise nach Südoldenburg transportiert, die Säuglings- und Kinderstation blieb hingegen im Hause. Während der Luftangriffe wurden die Patienten der Krankenabteilung nach Essen und Hahn verlegt oder in den Erdbunker in der Nähe des Pflegehauses gebracht, bis später der Keller des Gebäudes als Bunker mit kleinen Kabinen und Säuglingsbetten ausgestattet wurde. Das St. Willehad-Hospital überließ der Säuglingsstation eine Abteilung mit Bunker, so daß die Kinder auch während der schweren Kriegsjahre betreut werden konnten.

In der letzten Phase des Krieges wurde das Gebäude für das Polizeipräsidium geräumt; gleich nach dem Zusammenbruch zogen die Besatzungsmächte ein, um es als Verwaltungsgebäude zu nutzen.

Auf Betreiben von Dr. ARKENAU gab man das Gebäude im Sommer 1945 frei, und es konnte seiner ursprünglichen Bestimmung übergeben werden; damals erhielt es wieder seine alte Bezeichnung "Paul-Hug-Kinderheim".

Der häufige Wechsel der Bewohner des Gebäudes erklärt möglicherweise, daß die medizinisch-technische Ausstattung nicht immer den Vorschriften entsprach. Zwar hatte das Heim im Jahre 1939 eine wesentliche Verbesserung erfahren durch Schaffung von drei Isolierzimmern mit Vorschleuse für darmkranke Säuglinge sowie Abtrennung und Unterteilung der Frühgeborenenstation in mehrere kleinere Pflegeeinheiten. Auch gab es seit 1958 UV-Lampen sowie eine zentrale O_2 - Versorgung und Inkubatoren, aber dennoch fehlten ein Labor, eine eigene Röntgenabteilung und eine Infektions-

abteilung. Im Still- und Säuglingszimmer gab es kein fließend Wasser. Es war auch nicht jeder Raum mit einer Wanne ausgestattet. Einige Zimmer hatten nur ein Waschbecken, so daß die Säuglinge im Becken gebadet werden mußten. Die instrumentelle Ausstattung war ebenfalls unzureichend. Notracheotomien konnten nicht durchgeführt werden. Für chirurgische Eingriffe war der relativ weite Weg zu den "Städtischen Krankenanstalten" notwendig. Kinder mit ansteckenden Krankheiten mußten auf der Infektionsstation für Erwachsene untergebracht werden, bis 1964 eine 14-Betten umfassende Infektionsstation für Kinder in einem Nebengebäude auf dem Gelände des ehemaligen Werftkrankenhauses behelfsmäßig eingerichtet wurde.
Von 1959 bis 1963 war Dr. ASELMANN mit einer Assistenz-Ärztin im Paul-Hug-Kinderheim tätig; er war in der Dienststellung eines Oberarztes dem Ärztlichen Direktor (Chirurg) nachgeordnet.
Am 1. Oktober 1963 übernahm Professor Dr. MENZEL (geb. 17. 8. 1924) die selbständige Leitung der Krankenabteilung des Kinderheimes. Es gab damals 48 Betten, von denen 30 bis 40 belegt waren. Im Jahr kamen etwa 400 bis 500 Kinder zur Aufnahme. Die durchschnittliche Liegedauer betrug 23 Tage. Aufgrund der vorher erwähnten schlechten medizinisch-technischen Ausstattung lag die Sterblichkeit der Frühgeborenen bei 44%, die der Gesamt-Klinik bei 18%. (siehe Anhg.)

Unter Leitung von Professor Dr. MENZEL wurden zusätzliche Inkubatoren, Wärmebettchen und Beatmungsgeräte angeschafft; der Antransport aus den drei innerhalb des Stadtgebietes und den fünf im Landkreis Friesland bzw. Wittmund befindlichen, zuliefernden Entbindungsabteilungen wurde straffer organisiert und hierfür Transportinkubatoren beschafft. Die Sterblichkeit auf der Frühgeborenenstation konnte so von 44% auf 14,4% gesenkt werden, wie aus der Zeichnung im Anhang hervorgeht. Dieser Erfolg ist in erster Linie dem unermüdlichen Einsatz Professor MENZEL's zuzuschreiben.

Städtische Krankenanstalten

Paul-Hug-Kinderheim

Entwicklung der Krankenhausstatistik von 1946 bis 1950

Jahr	1946	1947	1948	1949	1950
Krankenbetten insgesamt	60	60	60	60	60
planmäßige	60	60	60	60	60
überplanmäßige	-	-	-	-	-
stationär behandelte Personen					
am Jahresanfang	40	37	45	35	51
Zugänge	383	413	475	449	472
Abgänge	386	405	485	433	469
davon durch Entlassung	293	325	413	367	417
Tod	93	80	72	66	52
am Jahresende	37	45	35	51	54
Pflegetage	-	-	-	-	-
durchschnittliche Belegung je Tag	-	-	-	-	-
Bettenausnutzung i. H.	-	-	-	-	-

Zusammengestellt aus 'Wilhelmshaven in Zahlen'
sowie den Statistischen Jahresberichten und
Verwaltungsberichten der Stadt Wilhelmshaven.

Städtische Krankenanstalten

Paul-Hug-Kinderheim

Entwicklung der Krankenhausstatistik von 1951 bis 1955

Jahr	1951	1952	1953	1954	1955
Krankenbatten insgesamt	60	60	60	60	60
planmäßige	60	60	60	60	60
überplanmäßige	-	-	-	-	-
stationär behandelte Personen					
am Jahresanfang	54	47	32	48	29
Zugänge	475	404	380	362	361
Abgänge	482	419	364	381	350
davon durch Entlassung	419	347	315	339	305
Tod	63	72	49	42	45
am Jahresende	47	32	48	29	40
Pflegetage	-	-	-	-	-
durchschnittliche Belegung je Tag	-	-	-	41	47
Bettenausnutzung i. H.	-	-	-	63	78

Zusammengestellt aus 'Wilhelmshaven in Zahlen' sowie den Statistischen Jahresberichten und Verwaltungsberichten der Stadt Wilhelmshaven.

Städtische Krankenanstalten

Paul-Hug-Kinderheim

Entwicklung der Krankenhausstatistik von 1956 bis 1960

Jahr	1956	1957	1958	1959	1960
Krankenbetten insgesamt	60	60			60
planmäßige	60	60			60
überplanmäßige	-	-			-
stationär behandelte Personen					
am Jahresanfang	40	60			26
Zugänge	391	418		464	520
Abgänge	371	432			510
davon durch Entlassung	325	376			-
Tod	46	56			57
am Jahresende	60	46			36
Pflegetage	-	-	-	-	-
durchschnittlich Belegung je Tag	46	43		32	38
Bettenausnutzung i.H.	76	71			63

Zusammengestellt aus 'Wilhelmshaven in Zahlen' sowie den Statistischen Jahresberichten und Verwaltungsberichten der Stadt Wilhelmshaven.

Städtische Krankenanstalten

Paul-Hug-Kinderheim

Entwicklung der Krankenhausstatistik von 1961 bis 1965

Jahr	1961	1962	1963	1964	1965
Krankenbetten insgesamt	60	60	60	90	90
planmäßige	60	60	60	90	90
überplanmäßige	-	-	-	-	-
stationär behandelte Personen					
am Jahresanfang	36	42	34	41	58
Zugänge	585	576	692	986	1.273
Abgänge	579	584	685	969	1.274
davon durch Entlassung	-	-	-	-	-
Tod	62	45	71	61	77
am Jahresende	42	34	41	58	57
Pflegetage	-	-	-	-	-
durchschnittliche Belegung je Tag	39	42	46	59	79
Bettenausnutzung i.H.	63	65	70	77	66

Zusammengestellt aus 'Wilhelmshaven in Zahlen' sowie den Statistischen Jahresberichten und Verwaltungsberichten der Stadt Wilhelmshaven.

Städtische Krankenanstalten

Paul-Hug-Kinderheim

Entwicklung der Krankenhausstatistik von 1966 bis 1967

Jahr	1966	1967
Krankenbetten insgesamt	90	98
planmäßige	90	98
überplanmäßige	-	-
stationär behandelte Personen		
am Jahresanfang	57	75
Zugänge	1.289	1.553
Abgänge	1.271	1.551
davon durch Entlassung	-	-
Tod	70	60
am Jahresende	75	77
Pflegetage	-	-
durchschnittliche Belegung je Tag	79	87
Bettenausnutzung i. H.	88	88,8

Zusammengestellt aus 'Wilhelmshaven in Zahlen' sowie den Statistischen Jahresberichten und Verwaltungsberichten der Stadt Wilhelmshaven.

7) Städtische Krankenanstalten

Es wird immer wieder auf die zunehmende krankenhausmäßige Unterversorgung in den wenigen aus den Jahren zwischen den Weltkriegen erhaltenen Akten hingewiesen. 1939 gab es in Wilhelmshaven bei einer Einwohnerzahl von 78.816 für die Zivilbevölkerung insgesamt 452 Kranken-Betten:

Städtisches Krankenhaus	168 Betten
St. Willehad-Hospital	159 Betten
Werftkrankenhaus	125 Betten.

Für die Erweiterung der 'Städtischen Krankenanstalten' wurde vor allem geltend gemacht,

- daß immer mehr Arbeiter nach Wilhelmshaven zogen,
- daß selbst wohlhabende Leute die Krankenanstalten aufsuchten,
- daß Entbindungen häufiger im Krankenhaus durchgeführt wurden,
- daß die Scheu der Bevölkerung, auch der Landbevölkerung, vor dem Krankenhaus gewichen sei,
- und daß die Wohnungsnot eine häusliche Pflege verhindert und zur Aufnahme in die öffentlichen Krankenanstalten zwingt.

Aus diesen Gründen konnte man die Maßzahl '5 Betten auf 1000 Einwohner' nicht mehr zugrunde legen, sondern hielt ein Verhältnis von 8 auf 1000 für realistisch. Dies bedeutete im Jahre 1936 ein Bedarf von 631 Betten, also war ein Fehlbestand von 179 Betten festzustellen.

Die wachsende Inanspruchnahme der Krankenhäuser durch erhöhten Krankenstand der Bevölkerung und durch den enormen Bevölkerungszuwachs zeigt die folgende Tabelle: 47)

Jahr	Krankenpflegetage
1932	35 592
1933	38 069
1934	38 800
1935	30 207
1936	50 349
1937	47 366
1938	52 262
1939	55 550
1940	61 738
1941	48 390
1942	63 348
1943	52 003
1944	59 452
1945	60 183

Der Plan, ein neues Städtisches Krankenhaus zu bauen, ist durch den Kriegsausbruch verhindert worden. Während des Krieges mußte man sich mit der Aufstellung von Baracken begnügen.

Gleich bei Ausbruch des Krieges wurde ein Behelfskrankenhaus, bestehend aus 9 Baracken, in der Siedlung Fedderwardergroden eingerichtet. Wegen der Fliegerangriffe und der Splittergefahr für die unter den Bretterdächern liegenden Kranken wurde dieses Hilfskrankenhaus jedoch wieder aufgegeben und die Kranken in die Wasserturmschule verlegt. Diese wurde aber am 18. 2. 1943 durch Bombentreffer erheblich beschädigt. Auch das Haupthaus an der Rheinstraße wurde am 15. / 16. 1. 1941; am 14. / 15. 9. 1942; am 11. 6. 1943 und am 5. 10. 1944 wiederholt stark zerbombt. 47)

So mußten immer wieder Ausweichmöglichkeiten gefunden werden, wie z.B. im Kellergeschoß der Schule Voslapp (vom Frühjahr 1941 bis zum 2. 6. 1943), in der Schule A in Fedderwardergroden (ab 11. 6. 1943) oder man mußte teilweise, so im März 1943, nach Wehnen umziehen. 47)

Wenn auch die Betreuung der Kranken erhebliche Mängel aufwies, so herrschte wenigstens kein Mangel an Matratzen, Wäsche, Geschirr und Krankenhausbedarf, da man noch vor Kriegsausbruch eingelagert hatte. Die Vorräte waren so groß, daß man trotz der Diebstähle, insbesondere während der mehrmals vorgenommenen Auslagerung bei Bombengefahr, auch noch davon in der Nachkriegszeit leben konnte.

In der schwer zerstörten Stadt herrschten Elend und Not. Ganze Stadtteile waren vernichtet, das Städtische Krankenhaus und das frühere Garnisonlazarett waren schwer, das Werftkrankenhaus leicht beschädigt.

Die Unterbringung von Kranken erfolgte in folgenden Gebäuden: 47)

Ort	1945	1946	1947
Haupthaus Rheinstraße 108 Städt. Krankenhaus	180 Betten (davon 90 im Bunker	185 Betten (davon 90 im Bunker	185 Betten (davon 90 im Bunker
Hilfskrankenhaus Fedderwardergroden	60 Betten	-	-
Hilfskrankenhaus Ebertstraße	55 Betten	80 Betten	80 Betten
Rheinstraße 112 (ehem. Werftkrankenhaus)	-	120 Betten	120 Betten
Sudetenstraße	-	40 Betten	40 Betten

Für die Jahre 1945 bis 1949 liegen differenzierte Statistiken vor, die über die erbrachten Leistungen in den verschiedenen Abteilungen Auskunft geben: 47)

1. Röntgenabteilung

Jahr	Röntgenaufnahmen	Röntgendurchleuchtungen	bei Personen
1945	3079	686	2193
1946	5439	1564	?
1947	6369	4009	5188
1948	11849	11013	13400
1949	11745	11507	11745

2. Elektrokardiogramme

Jahr	Anzahl
1945	184
1946	396
1947	595
1948	1262
1949	1795

3. Bestrahlungs- und Bäderabteilung

	1945	1946	1947	1948	1949
Kurzwellenbestrahlungen	7099	10909	10769	9526	5671
Heißluftbestrahlungen	1709	1987	1919	3468	1721
Höhensonnenbestrahlungen	566	1109	1222	1213	525

	1945	1946	1947	1948	1949
Solluxbestrahlungen	-	456	1302	36	86
Elektrisieren	457	237	294	1082	578
Rotlichtbestrahlungen	173	6	2381	1944	537
Kopflichtbäder	184	-	55	-	-
Vollichtbäder	-	-	-	-	99
Ultraschallbehandlungen	-	-	-	-	291
Bewegungsübungen	-	-	-	644	644
Teilmassagen					3777
Ganzmassagen	1093	1264	1116	6240	475
Unterwassermassagen				222	204
Stangerbäder	-	-	-	444	190
Kohlensäurebäder	-	-	-	263	10
Fichtennadelbäder	-	-	-	170	215
Balnacibäder	-	-	-	28	4
Moorbäder	-	-	-	-	215
Schwefelbäder	-	-	-	25	32
Fangobäder	-	-	-	84	5
Wechselbäder	-	-	-	101	51

Die Situation der 'Städtischen Krankenanstalten' nach der Kapitulation war besonders schwierig, da beim hohen Krankheitsstand der Bevölkerung zu wenig Betten zur Verfügung standen, deshalb wurde im Januar erwogen, sechs Bunker als Behelfskrankenhäuser einzurichten. Zu der Durchführung dieses Planes kam es nicht mehr, da sich ein weiterer Plan zu realisieren schien, nämlich das Werftkrankenhaus und das Marinelazarett zu integrieren.

Die Werft und die Hafenanlagen wurden nach der Kapitulation dem englischen Marinekommando, dem Naval Officer in Charge, unterstellt. Der Hafen und die Marinewerft sowie alle militärischen Einrichtungen sollten aufgelöst und vernichtet werden.

Durch vielfältige Verhandlungen mit der Militärregierung gelang es der Stadt jedoch, zahlreiche Gebäude - sofern sie nicht schon durch Bomben der Alliierten vernichtet waren - zu erhalten.

Im Hauptausschuß des Rates wurde beschlossen, "unter allen Umständen zu versuchen, das Garnisonlazarett in unserer Stadt aufrecht zu erhalten". 47)

In dieser Zeit zeichnete sich die Neuorganisation der Städtischen Krankenanstalten in Wilhelmshaven ab.

Am 1. 1. 1947 konnte bereits das ehemalige Werftkrankenhaus nach Verhandlungen mit der Vermögensverwaltung des Bundes übernommen werden, nachdem vorerst ein mündlicher, 1956 ein schriftlicher Mietvertrag geschlossen worden war. 26)

M i e t v e r t r a g

Zwischen der Bundesrepublik Deutschland (Bundesfinanzverwaltung), vertreten durch den Oberfinanzpräsidenten der Oberfinanzdirektion Hannover in Hannover, dieser vertreten durch den Leiter der Bundesvermögensstelle Wilhelmshaven in Wilhelmshaven

- Vermieterin -

und der Stadt Wilhelmshaven, vertreten durch den Oberbürgermeister und den Oberstadtdirektor

- Mieterin -

wird - vorbehaltlich der Genehmigung durch die Oberfinanzdirektion Hannover - folgender Vertrag geschlossen:

§ 1

Mietgegenstand:

(1) Der Vermieter überläßt dem Mieter zur Benutzung für Krankenhauszwecke das in Wilhelmshaven an der Rheinstraße 110/112 gelegene ehem. Werftkrankenhaus, bestehend aus nachstehend aufgeführten Gebäuden bzw. Gebäudeteilen:

a) Hauptgebäude
b) Block I
c) Block II
d) Isoliergebäude
e) Leichenhalle
f) Schwesternhaus
g) geschlossener Verbindungsgang
h) Verbindungsbau
i) großer Luftschutzbunker
k) kleiner Luftschutzbunker

Die unter i) und k) aufgeführten Bunker werden von dem Mieter nicht benutzt.

Das gesamte Krankenhausgrundstück hat eine Größe von 1 ha 23 a 20 qm und ist im Grundbuch von Wilhelmshaven, Bd. 63, Bl. 1973 eingetragen.

Die Lage des Grundstücks und der dazu gehörenden Gebäude ist aus der anliegenden Lageplanskizze (Anl. 1) ersichtlich.

(2) Mitvermietet werden folgende im Hauptgebäude befindlichen besonderen Betriebseinrichtungen:

a) 1 Durchleuchtungsgerät zum Liegen und zum Stehen, Nr. 102 491

b) 1 Röntgenanlage m. Schalttafel und Verbindungskabel

c) 1 Aufnahmetisch

d) 1 Siemens-Durchleuchtungskugel Rö. Abt. II

e) 1 Hochdrucksterilisator, Fabr. Lautenschläger, Apotheke

f) 1 Instrumentensterilisator Op.

g) 1 dreiteilige Geschirrspüle

Außerdem wurden mit dem Mietgegenstand folgende besondere Betriebseinrichtungen von dem Mieter übernommen:

1 Umformaggregat für Augenmagnet, Motor SSW Nr. 390727 N-Mod. R 141 -15°°, 110 Volt, 85 Amp. Frequenz 50, 17 PS dauernd, 1140 u/mi Dynamo SSW, GM 144, Nr. 376069 N. Gleichstrom 110 Volt, 100 Amp. 11 kw n = 1440.

1 Handaufzug vom Keller zum Erdgeschoß, 50 kg Tragkraft

3 gasbeheizte Kochkessel, 100 l Inhalt, weiss emailliert, Innenkessel und Deckel aus Nirosta, Fabrikat Küpersbusch AG. Gelsenkirchen u.

1 Kohleherd, Fabr. Banning - Lengerich 2,80 m lang, 1 m breit mit 2 Feuerungen, 2 Backröhren, weiss emailliert.

Soweit letztgenannte Betriebseinrichtungen von dem Mieter nicht benutzt werden, stehen sie dem Vermieter zur anderweitigen Verwertung zur Verfügung. Die von dem Mieter in andere städt. Anlagen zur Benutzung überführten Betriebseinrichtungen werden von dem Mieter käuflich übernommen, sofern er nicht diese Einrichtungen dem Vermieter zur Verfügung stellt.

) Das mit dem Mietgegenstand übernommene Inventar des ehem. Werftkrankenhauses wird, soweit es nicht von dem Mieter käuflich erworben wird, durch einen besonderen Vertrag vermietet werden.

§ 2

Mietzeit:

(1) Das Mietverhältnis hat am 1. Januar 1947 begonnen.

(2) Es läuft auf unbestimmte Zeit und kann von beiden Vertragsparteien mit einer Frist von sechs Monaten jederzeit gekündigt werden.

§ 3

Mietzins- und Mietzinszahlung:

(1) Für die Zeit vom 1. Januar 1947 bis zum 31. März 1954 verbleibt es bei den von dem Mieter geleisteten Abschlagszahlungen. Die für die Zeit vom 1. 4. 1954 bis 31. 3. 1955 gezahlte Anerkennungsgebühr in Höhe von 1.000,-- DM wird bei

der Tilgung der Investitionen auf die Miete voll angerechnet (vgl. § 8 Abs. 1). Ab 1. April 1954 beträgt der Mietzins für den Mietgegenstand nach einer vom Vermieter für die für Krankenhauszwecke genutzten Anlagen des ehemaligen Reiches entwickelten Mietzinsberechnungsformel, die unter Zugrundelegung eines Zinssatzes von 3 % Faktoren über die Art der Ausstattung, die Bauweise, den baulichen Zustand und die Lage des Mietgegenstandes enthält,

jährlich 13.548,-- DM

(i.B.: Dreizehntausendfünfhundertachtundvierzig Deutsche Mark)

monatlich 1.129,-- DM

(i.B.: Eintausendeinhundertneunundzwanzig Deutsche Mark)

Er ist in monatlichen gleichen Teilbeträgen an die Zollkasse Wilhelmshaven in Wilhelmshaven im voraus, spätestens am 3. Werktag des Monats zu entrichten. Für die Rechtzeitigkeit der Zahlung kommt es auf deren Eingang an.

(2) Für die Zeit vom 1. April 1954 bis zum 31. Juli 1956 entfällt infolge Tilgung von Investitionen eine Mietzinszahlung in bar. Aus gleichem Grunde ist für die Zeit vom 1. bis 31. August 1956 nur eine Miete in Höhe von 86,40DM zu zahlen. Ab 1. September 1956 ist die in Ziffer (1) vereinbarte Miete zu entrichten (vgl. § 8 Ziff. (1)).

(3) Im Verzugsfalle hat der Mieter für jede Monatszahlung, mit der er ganz oder teilweise im Rückstand ist, eine Mahngebühr von 0,50 DM zu entrichten. Daneben kann der Vermieter vom Tage der Fälligkeit ab Verzugszinsen in Höhe von jährlich 6% (sechs Prozent) verlangen.

(4) Im Falle einer Untervermietung oder Überlassung des Mietgegenstandes durch den Mieter an Dritte kann der Vermieter vom Mieter einen angemessenen Zuschlag zum Mietzins erheben. Insbesondere gilt dies, wenn im Bereich des Mietgegenstandes befindliche Räume als Familienwohnungen genutzt werden (ausgenommen Räume für Krankenhauspersonal und Wohnungen für Hausmeister und Heizer).

§ 4

Nebenpflichten des Vermieters:

(1) Der Vermieter hat den Zugang und die Zufahrt von öffentl. Strasse zum Mietgegenstand offenzuhalten, auf seine Kosten im jetzigen Zustand zu erhalten und nach Maßgabe der ihm zur Verfügung stehenden Mittel wieder in den ursprünglichen Zustand zu versetzen.

(2) Er hat von ihm verwaltete Verbindungsleitungen zwischen öffentlichen Strom-, Wasser-, Versorgungs- sowie Entwässerungsleitungen und dem Mietgegenstand mit einer für eine normale Benutzung desselben erforderlichen Leistungsfähigkeit bis zur

Höchstgrenze der bisherigen auf seine Kosten wiederherzustellen oder instandzusetzen und instandzuhalten.

§ 5

Nebenpflichten des Mieters:

(1) Der Mieter trägt vom Tage der Einweisung ab die auf dem Mietgegenstand ruhenden, auf die Mietzeit entfallenden derzeitigen und künftigen öffentlichen Abgaben und Lasten einschl. der Grundsteuer (ausgenommen Lastenausgleichsabgaben), sowie die Deich-, Siel- und Kanalgebühren, ferner die infolge seiner unter § 9 fallenden Baumassnahmen entstehenden Anliegerbeiträge für die Anlage von Strassen, Kanalisation usw.

(2) Er trägt die Gebühren und Kosten für Gas-, Strom-, Wasser- u. Wärmeverbrauch, Müll- und Fäkalienabfuhr, Schornsteinreinigung usw., die unmittelbar an die erhebenden Stellen zu zahlen sind. Er übernimmt außerdem auf seine Kosten das Reinigen des Bürgersteigs und der Straße, Schneefegen, Streuen bei Glätte sowie Reinigen anliegender Bachläufe und Gräben.

(3) Er hat auf seine Kosten für die Aufstellung von Gas-, Strom-, Wasser- und Wärmezählern zu sorgen.

(4) Der Mieter übernimmt allein die dem Vermieter nach § 7 des Gesetzes über die öffentl. Sicherheit und Ordnung vom 21.3. 1951 (Nieders. Gesetz- und Verordnungsblatt 1951 Nr. 11) neben dem Mieter obliegenden Pflichten.

(5) Der Mieter hat sich den geltenden bau- und feuerpolizeilichen Bestimmungen zu unterwerfen. Der Vermieter übernimmt keine Gewähr für die Erteilung von erforderlichen behördlichen Genehmigungen.

§ 6

Aufrechnung, Minderungs- und Zurückbehaltungsrecht:

Der Mieter ist nicht berechtigt, gegen den Mietzins aufzurechnen, ein Minderungsrecht geltend zu machen, oder ein Zurückbehaltungsrecht auszuüben.

§ 7

Benutzung des Mietgegenstandes:

(1) Der Mieter darf den Mietgegenstand nur zu den im § 1 angegebenen Zwecken benutzen. Will er ihn aus wichtigen Grunde ganz oder teilweise zu anderen Zwecken benutzen, insbesondere an Dritte untervermieten oder überlassen, so bedarf er für jeden Einzelfall der vorherigen schriftlichen Genehmigung durch den Vermieter. Dieser kann eine erteilte Genehmigung aus wichtigem Grunde widerrufen.

(2) Unzulässig sind Eingriffe in den Bestand an Bäumen und Sträuchern, insbesondere deren Umsetzung, und Entnahmen von

Bodenbestandteilen des Mietgrundstücks; sie bedürfen der vorherigen schriftlichen Genehmigung durch den Vermieter.

§ 8

Erste bauliche Herrichtung des Mietgegenstandes:

(1) Der Mieter hat den Mietgegenstand in den Jahren 1948 bis 1953 in einen für den Benutzungszweck geeigneten Zustand erstmals hergerichtet und hierfür an Erstinstandsetzungen und dauernd werterhöhenden Ein- und Ausbauten insgesamt 89.288,33 DM investiert. Die Investitionen werden auf der Grundlage Bauwert 1936 und entsprechend der zwischen den Vertragsparteien getroffenen und in der Besprechungsniederschrift v. 14.11.1951 Ziff. II 7 b festgelegten Regelung dem Mieter wie folgt mit der Miete verrechnet:

Wert 1914		= 416.210,-- DM
ab Bunker mit		22.950,-- DM
	bleiben	393.260,-- DM
Wert 1936 = $\frac{393.260,-- \times 135}{100}$		= 530.901,-- DM
zuzüglich Betriebseinrichtungen		= 30.800,-- DM
		561.701,-- DM
Aussenanlagen		38.610,-- DM
		600.311,-- Dm
abzügl. Wertminderung 20%		= 120.062,20 DM
		480.248,80 DM
zuzügl. Grund u. Boden		98.560,-- DM
Mietsachwert nach Bauart 1936		578.808,80 DM
Gesamtwert	rd.	580.000,-- DM

Anerkannte Investitionen nach dem durchschnittlichen Bauindex des jeweiligen Jahres, insgesamt 43.458,-- DM

Mietanteil für Investitionen

$\frac{43.458 \times 13.548}{580.000}$ = 1.015,12 DM

Mithin Mietanteil für den ursprünglichen Bauzustand (vor Durchführung der Investition) =

13.548,--DM	
- 1.015,12 DM	12.532,88 DM
Gesamtmiete wie § 3 (1)	13.548,-- DM

2) Mietzins- u. Tilgungsplan:

	Mietzins DM	Investitionen DM
Jahressollmiete ab 1.4.1952 nach der Formel	12.532,88	
zu verrechnende Investitionskosten		43.458,--

Anstelle der Barmiete verbleibt es bis 31. 3.1954 bei der gezahlten Anerkennungsgebühr v. 1.000 DM 50% der Sollmiete v. 1.4.1952 b. 31.3.1954 werden auf die Investitionskosten angerechnet = 12.532,88

bleiben Investitionen 30.925,12

Der getilgte Investitionsbetrag von 12.532,88 DM ist ab 1.April 1954 mit 3% zu verzinsen = 375,98
Jahresmiete ab 1.April 1954 12.908,86
von der Stadt bar bezahlt 1.000,--
mithin Miete 11.908,86

Davon für die Zeit v. 1. 4. bis 30.9.54 zuzahlen 5.954,43 DM
24.970,69 DM

für die Zeit v. 1.10.54 bis 31.3.55 5.954,43
+ 1,5% v. 5.954,43 DM = 89,32 6.043,75 DM
(weil die Miete halbjährl. um 3% des verrechneten Investitionsbetrages zu erhöhen ist) 18.926,94 DM

Miete v. 1.4. bis 30.9.55:
1/2 v. 12.908,86 DM (falls keine Anerkennungsgebühr gezahlt) = 6.454,43 DM
+ 1,5% v. 6.043,75 DM + 89,32 DM
90,66 DM 6.634,41 DM
12.292,53

Miete v. 1.10.55 bis 31.3.56 6.634,41 DM
+ 1,5% v. 6.634,41 = 99,52 DM 6.733,93 DM
5.558,60 DM

Miete v. 1.4. bis 30.9.56 6.733,93 DM
+ 1,5% v. 6.733,93 DM 101,01 DM
6.834,94 DM

Da die Formelmiete nur 6.774,-- DM (monatl. 1.129,-- DM) beträgt, kann nur diese in Ansatz gebracht werden. Demnach sind für die Zeit v. 1.4. bis 31.8.56 zu zahlen
5 x 1.129,-- DM = 5.645,-- DM

mithin für August 1956 von dem Mieter noch bar zu zahlen 86,40 DM

§ 9

Sonstige Bauten:

(1) Will der Mieter nicht unter § 11 fallende Bauten (z.B. bauliche Veränderungen, die Errichtung neuer Bauwerke und deren Veränderungen) ausführen, so darf er mit den Bauarbeiten erst beginnen, nachdem der von ihm vorzulegende Bauplan mit Baubeschreibung, Kostenanschlag und Fristenplan vom Vermieter schriftlich genehmigt worden ist.

(2) Er trägt für vorgenannte Arbeiten die Kosten.

(3) Er hat erforderliche baupolizeiliche Genehmigungen einzuholen und den Beginn der Bauarbeiten dem Vermieter schriftlich anzuzeigen.

(4) Der Vermieter kann die Planmäßigkeit und Ordnungsmäßigkeit der Bauarbeiten jederzeit durch Beauftragte überwachen lassen.

(5) Voraussetzung für den Baubeginn ist außerdem eine Vereinbarung der Vertragsparteien darüber, welche dieser Bauten Eigentum des Vermieters (§§ 94 und 946 BGB) oder des Mieters (§ 95 BGB) werden sollen.

(6) Der Vermieter hat die Bauarbeiten unverzüglich fertigzusteller sobald sie begonnen sind.

§ 10

Ausschluß von Erstattungsansprüchen des Mieters für Aufwendungen:

(1) Der Mieter verzichtet auf alle Erstattungsansprüche (ausgenommen auf die gem. § 8 mit der Miete zu verrechnenden Investitionen für die erste bauliche Herrichtung) wegen seiner Aufwendungen für den Mietgegenstand.

(2) Der Mieter kann einen Bereicherungsanspruch für die von ihm gem. § 8 vorgenommene Erstinstandsetzung und geschaffenen Neu-, Um- und Erweiterungsbauten nur geltend machen, wenn der Vermieter von seinem vorzeitigen Kündigungsrecht Gebrauch macht und der Mietgegenstand vom Vermieter oder einem anderen Nachfolger entsprechend seiner Zweckbestimmung genutzt wird.

§ 11

Erhaltung des Mietgegenstandes:

Der Mieter hat den Mietgegenstand auf seine Kosten in ordnungsmäßigem und gebrauchsfähigem Zustand zu erhalten. § 9 Abs. 1 bis 4 gelten entsprechend mit der Maßgabe, daß der Mieter den Beginn baulicher Erhaltungsarbeiten nur anzuzeigen hat, wenn sie bautechnische Kenntnisse erfordern oder die äußere Gestaltung des Mietgegenstandes beeinflussen. Werden die dem Mieter obliegenden Unterhaltungsarbeiten nicht rechtzeitig oder nicht ordnungsgemäß vorgenommen, so kann sie der Vermieter auf Kosten des Mieters vornehmen lassen.
Im Wiederholungsfall ist der Vermieter berechtigt, den Vertrag fristlos zu kündigen.

§ 12

Plakate, Firmenschilder u. ä.:

Der Mieter darf Plakate, Lichtreklamen, Schaukästen, Firmenschilder, Anschriften u. ä. nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung des Vermieters am Mietgegenstand anbringen. § 9 Abs. 2, 3 u. 4 gelten entsprechend.

§ 13

§ 13

Haftung des Mieters für Schäden am Mietgegenstand:

(1) Der Mieter haftet für Schäden an dem Mietgegenstand neben den gesetzlichen Bestimmungen auch, wenn sie durch seinen Betrieb verursacht werden.

(2) Der Mieter hat die von ihm gemieteten Gebäude zum gleitenden Neubauwert zu Gunsten des Vermieters bei einem leistungsfähigen Versicherungsunternehmen zu versichern und versichert zu halten. Aus dem Versicherungsschein (Police) muß zu ersehen sein, daß im Schadensfalle die Versicherungssumme an den Vermieter bzw. dessen Beauftragten zu zahlen ist. Im Falle eines Schadens besteht keine Verpflichtung des Vermieters, das Gebäude auf seine Kosten wieder aufzubauen.

Der Mieter hat durch Vorlage eines Versicherungsscheines bzw. einer Fotokopie den Abschluß der Feuerversicherung spätestens 3 Monate nach Beginn des Mietverhältnisses dem Vermieter gegenüber nachzuweisen. Außerdem hat der Vermieter das Recht, durch Nachfrage bei dem Versicherungsunternehmen festzustellen, ob die Versicherung aufrechterhalten wird und die Versicherungsprämien laufend gezahlt werden.

§ 14

Haftpflicht aus dem Mietgegenstand:

Der Mieter ist verpflichtet, den Vermieter von jeder Haftpflicht aus dem Mietgegenstand zu befreien, so weit sie nicht durch Verschulden des Vermieters entsteht.

§ 15

Vermieterpfandrecht:

Der Mieter erklärt, daß die beim Einzug in die Mieträume eingebrachten Sachen sein freies Eigentum und nicht gepfändet oder verpfändet sind mit Ausnahme folgender Gegenstände:

.....
.....
keine
.....

Der Mieter hat dem Vermieter umgehend mitzuteilen, wenn die von ihm in die Mieträume eingebrachten Sachen nicht mehr sein Eigentum sind, gepfändet oder verpfändet werden oder an den ihm gehörenden Sachen Rechte Dritter bestehen. Dies gilt auch für alle im Laufe des Mietverhältnisses in das Mietobjekt eingebrachten Sachen.

§ 16

Betreten des Mietgegenstandes durch den Vermieter:

(1) Der Vermieter kann durch Beauftragte überprüfen lassen, ob der Mieter den Mietgegenstand ordnungsmäßig nutzt und instandhält.

(2) Ist das Mietverhältnis gekündigt, so sollen Mietinteressenten den Mietgegenstand möglichst nur zusammen mit Beauftragten des Vermieters betreten.

(3) Die Besichtigungen sollen möglichst nur werktags zu den üblichen Geschäftsstunden und nach vorheriger Ankündigung stattfinden.

(4) Der Mieter hat dafür zu sorgen, daß der Mietgegenstand auch in seiner Abwesenheit betreten werden kann.

§ 17

Rückgabe des Mietgegenstandes:

(1) Bei Beendigung des Mietverhältnisses hat der Mieter den Mietgegenstand in ordnungsmäßigem Zustande mit sämtlichen Schlüsseln - auch den selbstbeschafften - zurückzugeben.

(2) Der Mieter hat von ihm eingebrachte Maschinen und Einrichtungsgegenstände auf seine Kosten zu entfernen, die dadurch am Mietgegenstand entstehenden Schäden hat er auf seine Kosten zu beseitigen und auf Verlangen des Vermieters insoweit den früheren Zustand wiederherzustellen.

(3) Bei Beendigung des Mietverhältnisses hat der Mieter auf seine Kosten von ihm vorgenommene bauliche Veränderungen, z.B. Entfernung von Zwischenwänden und eingebaute Einrichtungen zu beseitigen und den früheren Zustand wiederherzustellen.

§ 18

Vorzeitige Beendigung des Mietverhältnisses:

(1) Der Vermieter ist berechtigt, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Mieter trotz schriftlicher Mahnung mit Mietzins oder sonstigen Zahlungen oder Leistungen aus diesem Vertrage länger als 2 Monate im Rückstand ist.

Der Vermieter kann nicht mehr kündigen, wenn der Mieter noch vor der Kündigung zahlt.

(2) Endet das Mietverhältnis nach Absatz 1 oder auf Grund einer gesetzlichen außerordentlichen Kündigung durch den Vermieter, so haftet der Mieter bis zum Ende der vereinbarten Mietzeit für den Schaden, den der Vermieter dadurch erleidet, daß er den Mietgegenstand nicht rechtzeitig vermieten kann oder billiger vermieten muß.

(3) Ist das Mietverhältnis auf unbestimmte Zeit abgeschlossen, so endet die Haftung mit dem Zeitpunkt, zu welchem das Mietverhältnis bei ordnungsgemäßer Kündigung aufgehoben sein würde.

§ 19

Ausschluß von Ansprüchen in Sonderfällen:

(1) Ist bei der Übergabe oder wird während der Mietzeit der vertragsmäßige Gebrauch des Mietgegenstandes infolge von Rechten

Dritter, die bei Vertragsabschluß nicht bekannt waren, aufgehoben oder gemindert, so steht dem Mieter gegen den Vermieter kein Anspruch auf Schadenersatz zu.

(2) Die Vertragsparteien haften gegenseitig nicht für Schäden durch etwa auf dem Mietgegenstand vorhandenes Kriegsgerät oder nicht entfernte Sprengstoffe.

§ 20

Vertragsänderungen:

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.

§ 21

Gerichtsstand:

Für Rechtsstreitigkeiten aus diesem Vertrage ist das Amtsgericht Wilhelmshaven bezw. das Landgericht Oldenburg zuständig.

Wilhelmshaven, den 29.8.56 — Wilhelmshaven, den 14.August 1956

Für den Vermieter: — Die Mieterin: Stadt Wilhelmshaven

Der Leiter der Bundesvermögensstelle Wilhelmshaven — gez. Onken Oberbürgermeister — gez. Dr. Schumann Oberstadtdirektor

L.S.

gez. v. Mittelstaedt

L.S.

Genehmigt
Hannover, den 29. Sept. 1956
Oberfinanzdirektion Hannover
Der Oberfinanzpräsident
Im Auftrage
gez. Link
Ober-Regierungs-Rat

L. S.

Die Verhandlungen zur Übernahme des Marinelazaretts zögerten sich noch hinaus.

Am 1. 10. 1946 wurde das Marinelazarett dem Landesamt für Krankenanstalten, einer Unterabteilung des Ministeriums für Aufbau und Wohlfahrt, unterstellt und als Landeskrankenhaus geführt bis zur pachtweisen Übergabe an die Stadt am 1. 4. 1948.
Vorerst galt ein mündlicher Mietvertrag. Im Jahre 1956 wurde ein schriftlicher Mietvertrag formuliert und von den Verantwortlichen der Stadt Wilhelmshaven unterzeichnet. 25)

M i e t v e r t r a g

Zwischen der Bundesrepublik Deutschland (Bundesfinanzverwaltung), vertreten durch den Oberfinanzpräsidenten der Oberfinanzdirektion Hannover in Hannover, dieser vertreten durch den Leiter der Bundesvermögensstelle Wilhelmshaven in Wilhelmshaven

- Vermieterin -

und der Stadt Wilhelmshaven, vertreten durch den Oberbürgermeister und den Oberstadtdirektor

- Mieterin -

wird - vorbehaltlich der Genehmigung durch die Oberfinanzdirektion Hannover - folgender Vertrag geschlossen:

§ 1

Mietgegenstand:

(1) Der Vermieter überläßt dem Mieter zur Benutzung für Krankenhauszwecke das in Wilhelmshaven an der Weserstraße 45/49 gelegene ehem. Marinelazarett, bestehend aus nachstehend aufgeführten Gebäuden bezw. Gebäudeteilen:

a) Verwaltungsgebäude m. Torwache,
b) Hauptgebäude,
c) Heizungsschornstein,
d) Chirurgische Abteilung,
e) Leichenhalle,
f) Stallgebäude,
g) Lagerschuppen,
h) Luftschutzturm.

Der unter h) aufgeführte Luftschutzturm wird von dem Mieter nicht genutzt.

Das gesamte Krankenhausgrundstück hat eine Größe von 3 ha 41 a und ist im Grundbuch von Wilhelmshaven Bd. 33, Bl. 1157 eingetragen.

Die Lage des Grundstücks und der dazugehörenden Gebäude ist aus der anliegenden Lageplanskizze (Anl. 1) ersichtlich.

(2) Mitvermietet werden die in den Gebäuden und Außenanlagen befindlichen und in der Aufstellung (Anl. 2) näher bezeichneten besonderen Betriebseinrichtungen.

(3) Das mit dem Mietgegenstand übernommene Inventar des ehem. Marinelazaretts wird, soweit es nicht von dem Mieter käuflich erworben wird, durch einen besonderen Vertrag vermietet werden.

§ 2

Mietzeit:

(1) Das Mietverhältnis hat am 1. April 1948 begonnen.

(2) Es läuft auf unbestimmte Zeit und kann von beiden Vertragsparteien mit einer Frist von sechs Monaten jederzeit gekündigt werden.

§ 3

Mietzins und Mietzinszahlung:

(1) Für die Zeit vom 1. April 1948 bis zum 31.3.1954 verbleibt es bei den von dem Mieter geleisteten Abschlagszahlungen. Die für die Zeit vom 1. 4. 1954 bis 31. 3. 1955 geleistete Anerkennungsgebühr in Höhe von 2.000,-- DM wird bei der Tilgung der Investitionen auf die Miete voll angerechnet (vgl. § 8, Abs. 1).

Ab 1. April 1954 beträgt der Mietzins für den Mietgegenstand nach einer vom Vermieter für die für Krankenhauszwecke genutzten Anlagen des ehem. Reiches entwickelten Mietzinsberechnungsformel, die unter Zugrundelegung eines Zinssatzes von 3% Faktoren über die Art der Ausstattung, die Bauweise, den baulichen Zustand und die Lage des Mietgegenstandes enthält,

jährlich 40.884,-- DM

(i.B.: Vierzigtausendachthundertvierundachtzig Deutsche Mark)

monatlich 3.407,-- DM

(i.B.: Dreitausendvierhundertundsieben Deutsche Mark)

Er ist in monatlichen gleichen Teilbeträgen an die Zollkasse Wilhelmshaven in Wilhelmshaven im voraus, spätestens am 3. Werktag des Monats zu entrichten. Für die Rechtzeitigkeit der Zahlung kommt es auf deren Eingang an.

(2) Für die Zeit vom 1. April 54 bis 30. September 1959 entfällt infolge Tilgung von Investitionen eine Mietzinszahlung in bar. Aus gleichem Grunde ist für die Zeit vom 1. Oktober bis 31. Oktober 1959 nur eine Miete in Höhe von 2.973,32 DM (i.B.: Zweitausendneunhundertdreiundsiebzig 32/00 Deutsche Mark) zu entrichten (vgl. § 8 Ziff. 1).

(3) Im Verzugsfalle hat der Mieter für jede Monatszahlung, mit der er ganz oder teilweise im Rückstand ist, eine Mahngebühr von 0,50 DM zu entrichten. Daneben kann der Vermieter vom Tage der Fälligkeit ab Verzugszinsen in Höhe von jährl. 6% (sechs Prozent) verlangen.

(4) Im Falle einer Untervermietung oder Überlassung des Mietgegenstandes durch den Mieter an Dritte kann der Vermieter vom Mieter einen angemessenen Zuschlag zum Mietzins erheben. Insbesondere gilt dies, wenn im Bereich des Mietgegenstandes befindliche Räume als Familienwohnungen genutzt werden (ausgenommen Räume für Krankenhauspersonal und Wohnungen für Hausmeister und Heizer).

§ 4

Nebenpflichten des Vermieters:

(1) Der Vermieter hat den Zugang und die Zufahrt von öffentl. Strasse zum Mietgegenstand offenzuhalten, auf seine Kosten im jetzigen Zustand zu erhalten und nach Maßgabe der ihm zur Verfügung stehenden Mittel wieder in den ursprünglichen Zustand zu versetzen.

(2) Er hat von ihm verwaltete Verbindungsleitungen zwischen öffentl. Strom-, Wasser-, Versorgungs- sowie Entwässerungsleitungen und dem Mietgegenstand mit einer für eine normale Benutzung desselben erforderlichen Leistungsfähigkeit bis zur Höchstgrenze der bisherigen auf seine Kosten wiederherzustellen oder instandzusetzen und instandzuhalten.

§ 5

Nebenpflichten des Mieters:

(1) Der Mieter trägt vom Tage der Einweisung ab die auf dem Mietgegenstand ruhenden, auf die Mietzeit entfallenden derzeitigen und künftigen öffentl. Abgaben und Lasten einschl. der Grundsteuer (ausgenommen Lastenausgleichsabgaben), sowie die Deich-, Siel- und Kanalgebühren, ferner die infolge seiner unter § 9 fallenden Baumaßnahmen entstehenden Anliegerbeiträge für die Anlage von Strassen, Kanalisation usw.

(2) Er trägt die Gebühren und Kosten für Gas-, Strom-, Wasser- und Wärmeverbrauch, Müll- und Fäkalienabfuhr, Schornsteinreinigung usw., die unmittelbar an die erhebenden Stellen zu zahlen sind. Er übernimmt außerdem auf seine Kosten das Reinigen des Bürgersteigs und der Strasse, Schneefegen, Streuen bei Glätte sowie Reinigen anliegender Bachläufe und Gräben.

(3) Er hat auf seine Kosten für die Aufstellung von Gas-, Strom-, Wasser- und Wärmezählern zu sorgen.

(4) Der Mieter übernimmt allein die dem Vermieter nach § 7 des Gesetzes über die öffentl. Sicherheit und Ordnung v. 21. 3. 1951 (Nieders. Gesetz- und Verordnungsblatt 1951 Nr. 11) neben dem Mieter obliegenden Pflichten.

(5) Der Mieter hat sich den geltenden bau- und feuerpolizeilichen Bestimmungen zu unterwerfen. Der Vermieter übernimmt keine Gewähr für die Erteilung von erforderlichen behördlichen Genehmigungen.

§ 6

Aufrechnung, Minderungs- und Zurückbehaltungsrecht:

Der Mieter ist nicht berechtigt, gegen den Mietzins aufzurechnen, ein Minderungsrecht geltend zu machen, oder ein Zurückbehaltungsrecht auszuüben.

§ 7

Benutzung des Mietgegenstandes:

(1) Der Mieter darf den Mietgegenstand nur zu den im § 1 angegebenen Zwecken benutzen. Will er ihn aus wichtigem Grunde ganz oder teilweise zu anderen Zwecken benutzen, insbesondere an Dritte untervermieten oder überlassen, so bedarf er für jeden Einzelfall der vorherigen schriftlichen Genehmigung durch den Vermieter. Dieser kann eine erteilte Genehmigung aus wichtigem Grunde widerrufen.

(2) Unzulässig sind Eingriffe in den Bestand an Bäumen und Sträuchern, insbesondere deren Umsetzung und Entnahmen von Bodenbestandteilen des Mietgrundstücks; sie bedürfen der vorherigen schriftlichen Genehmigung durch den Vermieter.

§ 8

Erste bauliche Herrichtung des Mietgegenstandes:

(1) Der Mieter hat den Mietgegenstand in den Jahren 1948 bis 1953 in einen für den Benutzungszweck geeigneten Zustand erstmals hergerichtet und hierfür an Erstinstandsetzungen und dauernd werterhöhenden Ein- und Ausbauten insgesamt 492.575,15 DM investiert. Diese Investitionen werden auf der Grundlage Bauwert 1936 und entsprechend der zwischen den Vertragsparteien getroffnenen und in der Besprechungsniederschrift v. 14.11.1951 Ziff. II 7 b festgelegten Regelung dem Mieter wie folgt mit der Miete verrechnet:

Jahressollmiete nach der Formel

		jährl.:	40.884,-- DM
		monatl.:	3.407,-- DM
Wert 1914:	991.160,-- DM		
ab Bunker mit	18.630,-- DM		
	972.530,-- DM		
Wert 1936:	$\frac{972.530,- \times 135}{100}$	=	1.312.915,50 DM
zuzügl. Betriebseinrichtungen		=	143.320,-- DM
" Außenanlagen		=	90.188,78 DM
" Betriebseinrichtungen (Außenanlagen)		=	3.000,-- DM
" Grund und Boden		=	272.800,-- DM
Mietsachwert nach Bauwert 1936		=	1.822.224,28 DM
			rd. 1.822.225,-- DM

Anerkannte Investitionen nach dem durchschnittlichen Bauindex (vgl. Aufstellung) 248.238,-- DM

Mietanteil für Investitionen
= 248.238,- x 40.884,-- DM / 1.822,225,-- = 5.569,54 DM
mithin Mietanteil für den ursprünglichen Bauzustand (vor Durchführung der Investitionen) 40.884,-- DM
- 5.569,54 DM = 35.314,46 DM

Gesamtmiete wie § 3 (1) 40.884,-- DM

(2) Mietzins und Tilgungsplan:

	Mietzins DM	Investitionen DM
Jahressollmiete ab 1. April 1952 nach Formel	35.314,46 DM	
zu verrechnende Investitionen		248.238,-- DM
Anstelle der Barmiete verbleibt es bis 31. April 1954 bei der gezahlten Anerkennungsgebühr von 2.000,-- DM 50% der Sollmiete v. 1.4.52 bis 31.3.54 werden auf die Investitionskosten angerechnet =		35.314,46 DM
bleiben Investitionen		212.923,54 DM
Der getilgte Investitionsbetrag von 35.314,46 DM ist ab 1.4.54 mit 3% zu verzinsen =	1.059,44 DM	
Jahresmiete ab 1.4.1954 =	36.373,90 DM	
von der Stadt bar gezahlt =	2.000,-- DM	
mithin Miete =	34.373,90	
Davon für die Zeit v.1.4. bis 30.9.54 zu zahlen		17.186,95 DM
		195.736,59 DM
Für die Zeit v. 1.1o.1954 bis 31.3.1955	17.186,95 DM	
+ 1,5% v. 17.186,94 =	257,80 DM	17.444,75 DM
(weil lt. Erlaß die Miete halbj.um 3% des verrechneten Investitionsbetrages zu erhöhen ist)		178.291,84 DM
Miete v. 1.4. b. 30.9.55 1/2 v. 36.373,90 (da keine Anerkennungsgebühr gezahlt)	18.186,95	
+	257,80	
+ 1,5% v. 17.444,75 +	261,67	18.706,42
		159.585,42 DM

	Übertrag:	159.585,42 DM
Miete v. 1.10.55 bis 31.3.56	18.706,42	
+ 1,5% v. 18.706,42	+ 280,60	18.987,02
		140.598,40
Miete v. 1.4.56 bis 30. 9. 56	18.987,02	
+ 1,5% v. 18.987,02	+ 284,73	19.271,75
		121.326,65
Miete v.1.10.56 bis 31.3.1957	19.271,75	
+ 1,5% v. 19.271,75	+ 289,03	19.560,78
		101.765,87
Miete v. 1.4.57 bis 30.9.57	19.560,78	
+ 1,5% v. 19.560,78	+ 293,41	19.854,19
		81.911,68
Miete v. 1.10.57 bis 31.3.58	19.854,19	
+ 1,5% v. 19.854,19	+ 297,81	20.152,--
		61.759,68
Miete v. 1.4.58 bis 30.9.1958	20.152,--	
+ 1,5% v. 20.152,--	+ 302,28	
	20.454,28	

Da die Formelmiete mit 20.442,-- DM (mtl. 3.407,-) beträgt, kann nur diese in Ansatz gebracht werden. Demnach sind f.d.Z. ab 1.4. 58 bis 31.10.59 zu zahlen 19 x 3.407,-- DM = 64.733,-- DM

mithin für Oktober 1959 von der Mieterin noch in bar zu zahlen 2.973,32 DM

==========

§ 9

Sonstige Bauten:

(1) Will der Mieter nicht unter § 11 fallende Bauten (z.B. bauliche Veränderungen, die Errichtung neuer Bauwerke und deren Veränderungen) ausführen, so darf er mit den Bauarbeiten erst beginnen, nachdem der von ihm vorzulegende Bauplan mit Baubeschreibung, Kostenanschlag und Fristenplan vom Vermieter schriftlich genehmigt worden ist.

(2) Er trägt für vorgenannte Arbeiten die Kosten.

(3) Er hat erforderliche baupolizeiliche Genehmigungen einzuholen und den Beginn der Bauarbeiten dem Vermieter schriftlich anzuzeigen.

(4) Der Vermieter kann die Planmäßigkeit und Ordnungsmäßigkeit der Bauarbeiten jeder Zeit durch Beauftragte überwachen lassen.

(5) Voraussetzung für den Baubeginn ist außerdem eine Vereinbarung der Vertragsparteien darüber, welche dieser Bauten Eigentum des Vermieters (§§ 94 und 946 BGB) oder des Mieters (§ 95 BGB) werden sollen.

(6) Der Vermieter hat die Bauarbeiten unverzüglich fertigzustellen, sobald sie begonnen sind.

§ 10

Ausschluß von Erstattungsansprüchen des Mieters für Aufwendungen:

(1) Der Mieter verzichtet auf alle Erstattungsansprüche (ausgenommen auf die gem. § 8 mit der Miete zu verrechnenden Investitionen für die erste bauliche Herrichtung) wegen seiner Aufwendungen für den Mietgegenstand.

(2) Der Mieter kann einen Bereicherungsanspruch für die von ihm gem. § 8 vorgenommene Erstinstandsetzung und geschaffenen Neu-, Um- und Erweiterungsbauten nur geltend machen, wenn der Vermieter von seinem vorzeitigen Kündigungsrecht Gebrauch macht und der Mietgegenstand vom Vermieter oder einem anderen Nachfolger entsprechend seiner Zweckbestimmung genutzt wird.

§ 11

Erhaltung des Mietgegenstandes:

Der Mieter hat den Mietgegenstand auf seine Kosten in ordnungsmäßigem und gebrauchsfähigem Zustand zu erhalten.
§ 9 Abs. 1 bis 4 gelten entsprechend mit der Maßgabe, daß der Mieter den Beginn baulicher Erhaltungsarbeiten nur anzuzeigen hat, wenn sie bautechnische Kenntnisse erfordern oder die äußere Gestaltung des Mietgegenstandes beeinflussen. Werden die dem Mieter obliegenden Unterhaltungsarbeiten nicht rechtzeitig oder nicht ordnungsgemäß vorgenommen, so kann sie der Vermieter auf Kosten des Mieters vornehmen lassen.
Im Wiederholungsfall ist der Vermieter berechtigt, den Vertrag fristlos zu kündigen.

§ 12

Plakate, Firmenschilder u. ä.:

Der Mieter darf Plakate, Lichtreklamen, Schaukästen, Firmenschilder, Anschriften u.ä. nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung des Vermieters am Mietgegenstand anbringen. § 9 Abs. 2, 3 u. 4 gelten entsprechend.

§ 13

Haftung des Mieters für Schäden am Mietgegenstand:

(1) Der Mieter haftet für Schäden an dem Mietgegenstand neben den gesetzlichen Bestimmungen auch, wenn sie durch seinen Betrieb verursacht werden.

(2) Der Mieter hat die von ihm gemieteten Gebäude zum gleitenden Neubauwert zu Gunsten des Vermieters bei einem leistungsfähigen Versicherungsunternehmen zu versichern und versichert zu halten. Aus dem Versicherungsschein (Police) muß zu ersehen sein, daß im Schadensfalle die Versicherungssumme an den Vermieter bzw. dessen Beauftragten zu zahlen ist. Im Falle eines Schadens besteht keine Verpflichtung des Vermieters, das Gebäude auf seine Kosten wieder aufzubauen.

Der Mieter hat durch Vorlage eines Versicherungsscheines bezw. einer Fotokopie den Abschluß der Feuerversicherung spätestens 3 Monate nach Beginn des Mietverhältnisses dem Vermieter gegenüber nachzuweisen. Außerdem hat der Vermieter das Recht, durch Nachfrage bei dem Versicherungsunternehmen festzustellen, ob die Versicherung aufrechterhalten wird und die Versicherungsprämien laufend gezahlt werden.

§ 14

Haftpflicht aus dem Mietgegenstand:

Der Mieter ist verpflichtet, den Vermieter von jeder Haftpflicht aus dem Mietgegenstand zu befreien, soweit sie nicht durch Verschulden des Vermieters entsteht.

§ 15

Vermieterpfandrecht:

Der Mieter erklärt, dass die beim Einzug in die Mieträume eingebrachten Sachen sein freies Eigentum und nicht gepfändet oder verpfändet sind mit Ausnahme folgender Gegenstände:

.....

....

.....

Der Mieter hat dem Vermieter umgehend mitzuteilen, wenn die von ihm in die Mieträume eingebrachten Sachen nicht mehr sein Eigentum sind, gepfändet oder verpfändet werden oder an den ihm gehörenden Sachen Rechte Dritter bestehen. Dies gilt auch für alle im Laufe des Mietverhältnisses in das Mietobjekt eingebrachten Sachen.

§ 16

Betreten des Mietgegenstandes durch den Vermieter:

(1) Der Vermieter kann durch Beauftragte überprüfen lassen, ob der Mieter den Mietgegenstand ordnungsmäßig nutzt und instandhält.

(2) Ist das Mietverhältnis gekündigt, so sollen Mietinteressenten den Mietgegenstand möglichst nur zusammen mit Beauftragten des Vermieters betreten.

(3) Die Besichtigungen sollen möglichst nur werktags zu den üblichen Geschäftsstunden und nach vorheriger Ankündigung stattfinden.

(4) Der Mieter hat dafür zu sorgen, daß der Mietgegenstand auch in seiner Abwesenheit betreten werden kann.

§ 17

Rückgabe des Mietgegenstandes:

(1) Bei Beendigung des Mietverhältnisses hat der Mieter den Mietgegenstand in ordnungsmäßigem Zustande mit sämtlichen Schlüsseln - auch den selbst beschafften - zurückzugeben.

(2) Der Mieter hat von ihm eingebrachte Maschinen und Einrichtungsgegenstände auf seine Kosten zu entfernen, die dadurch am Mietgegenstand entstehenden Schäden hat er auf seine Kosten zu beseitigen und auf Verlangen des Vermieters insoweit den früheren Zustand wiederherzustellen.

(3) Bei Beendigung des Mietverhältnisses hat der Mieter auf seine Kosten von ihm vorgenommene bauliche Veränderungen, z.B. Entfernen von Zwischenwänden und eingebaute Einrichtungen zu beseitigen und den früheren Zustand wieder herzustellen.

§ 18

Vorzeitige Beendigung des Mietverhältnisses:

(1) Der Vermieter ist berechtigt, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Mieter trotz schriftlicher Mahnung mit Mietzins oder sonstigen Zahlungen oder Leistungen aus diesem Vertrage länger als 2 Monate im Rückstand ist.

Der Vermieter kann nicht mehr kündigen, wenn der Mieter noch vor der Kündigung zahlt.

(2) Endet das Mietverhältnis nach Absatz 1 oder auf Grund einer gesetzlichen ausserordentlichen Kündigung durch den Vermieter, so haftet der Mieter bis zum Ende der vereinbarten Mietzeit

für den Schaden, den der Vermieter dadurch erleidet, daß er den Mietgegenstand nicht rechtzeitig vermieten kann oder billiger vermieten muss.

(3) Ist das Mietverhältnis auf unbestimmte Zeit abgeschlossen, so endet die Haftung mit dem Zeitpunkt, zu welchem das Mietverhältnis bei ordnungsmäßiger Kündigung aufgehoben sein würde.

§ 19

Ausschluß von Ansprüchen in Sonderfällen:

(1) Ist bei der Übergabe oder wird während der Mietzeit der vertragsmäßige Gebrauch des Mietgegenstandes infolge von Rechten Dritter, die bei Vertragsabschluß nicht bekannt waren, aufgehoben oder gemindert, so steht dem Mieter gegen den Vermieter kein Anspruch auf Schadenersatz zu.

(2) Die Vertragsparteien haften gegenseitig nicht für Schäden durch etwa auf dem Mietgegenstand vorhandenes Kriegsgerät oder nicht entfernte Sprengstoffe.

§ 20

Vertragsänderungen:

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.

§ 21

Gerichtsstand:

Für Rechtsstreitigkeiten aus diesem Vertrage ist das Amtsgericht Wilhelmshaven bezw. das Landgericht Oldenburg zuständig.

Wilhelmshaven, den

Für den Vermieter

Der Leiter
der Bundesvermögensstelle
Wilhelmshaven

Wilhelmshaven, den 14.8.56

Der Mieter:

Stadt Wilhelmshaven

(Onken)
Oberbürgermeister

(Dr. Schumann)
Oberstadtdirektor

A u f s t e l l u n g

über die in dem ehem. Marinelazarett vorhandenen besonderen Betriebseinrichtungen

Hauptgebäude
Küchenanbau:

1 Kochkessel Senkingwerk
Nirosta 15o ltr.

1 Kochkessel Senkingwerk
Nirosta 15o ltr.

1 Kochkessel Senkingwerk
Nirosta 300 ltr.

1 Kochkessel Senkingwerk
Nirosta 500 ltr.

1 Kochkessel Krefft AG.-
Kohle 300 ltr.

1 Kohle-Grossherd Senkingwerk
1,1o x 2,5o m

1 Gasbackofen m. 2 Röhren
0,95 x 0,85 x 1,70 m

1 4 fl. Gasherd Küpersbusch

1 Kohleherd

1 Fleischwolf Alexanderwerk
NWC 106 3 PS 22 kW Nr. 1510

1 Kaffeemaschine MK 100b
Alexanderwerk ?4 PS 0,3 kW

1 Kühlschrank (beschädigt)

1 Teigknetmaschine (besch.)

1 Warmwasserboiler 250 ltr.

1 el. Uhr einschl. Mutteruhr

Notküche:

1 Gaswärmeschrank (1.Stock)

1 Kohlekochkessel
Vohswerke - 300 ltr.

1 Gemüsewolf Alexanderwerk

1 Fahrstuhl CH Findersen
Chemnitz 1800 kg. Nr. 3119

Kesselhaus:

1 Einflammrohrkessel m. Innenfeuerung
u. seitlich liegenden Heizröhren
10 atü Nr. 5626, R.U.Th.Möller, Brakwede/Westf.
ges. Heizfl. 125 qm

2 Zweiflammrohrkessel 8 atü Nr. 1987/1988 A.
Knoevenagel-Hannover-Hainholz, Heizfl. je 76 qm

1 Duplex-Dampfpumpe 4-fach wirkend m. Injektor Odesse
Aschersleben, Lstg. 65001/H

1 Volt-Dampfpumpe 2-fach wirkend mit Inj.
Schaeffer & Budenburg Magdeb. Nr. 9833

1 Notstromaggregat Dieselmaschine MAN-
Viertakt, Type W 4 V 12/18 B Nr. 811 450,
70 PS, 1500/U/min. Generator Garbe-Lahmeyer FA 1500/60 D
Nr. 6000535, 68 kVA

1 Schalttafel Fa. Schrapper
Wilhelmshaven, m.d. Leitungen

1 Luftkühler f. Notstromaggregat Gebr. Brockhaus-
Düsseldorf Type KS 3 2,2 kW Nr.8481/300015

2 Warmwasserboiler je 1000 ltr.

4 Heizungsboiler je 800 ltr.

1 Heizungsboiler -Des- 100 l 1 Filter

1 Dampf-Infektionsapparat

Verwaltungsgebäude:

1 Heizungsboiler 1000 l

1 elektr. Uhr (aussen)

1 elektr. Uhr (innen)

1 Kühlschrank AEG (beschäd.) i.d. hygien. Abtlg.

1 Dampftopf-Sterilisierapp. f. Gasheizung Seitz-
Gergmann Hannover, Type B 332

1 Kühlschrank i.d. Apotheke
0,55 x 0,70 x 1,55

Krankenblock: (73 Betten)

1 Personenaufzug 500 kg Nr. 18821, C Flohr, Berlin

1 Heizungsboiler 800 ltr.

1 Warmwasserboiler 1000 ltr.

2 Garwärmeschränke Gebr. Dinsing, Viersen

1 Dampfsterilisierungsapp. Lautenschläger GmbH Berlin Nr. 646 m.elektr. Hochheizung auf 120 Grad C.

1 Warmwasserbereiter AEG 220 V. Nr. 79060

1 " " Nr. 9708

1 Röntgenanlage best. aus Hochspannungsteil,
1 Röntgenapparat Heliophos-Tutokat Nr. 2846861 220 V Siemens,
1 Röntgenapparat, Universal-Polyphos, Prüf. Nr. 85170 Form R 307
1 Röntgen-Telepantoskop, Form R 320 Nr. 0412 Siemens,
1 Röntgen-Eryposkop R 275 Nr. 0121,
2 Drehanoden P 20 u. 40

Bei der Übernahme der Lazarettanlage durch die Stadt Wilhelmshaven waren folgende Einzelteile, die zur Modernisierung der Kesselanlage dienen sollten, vorhanden:

2 Kohlentransportwagen 750 kg Inhalt

3 Schlackenkarren (Kummkarren) (ca. 250 kg Inhalt)

4 Pocker, 4 Kratzen, 3 Schaufeln und 1 Rostzange,

2 Aufsteckschlüssel

2 Ascheeimer

3 kompl. VKW-Stocker, vollautomatisch, von je 2,06 qm Rostfl. liegen z. Einbau bereit

1 kompl. Kohlenfördereinrichtung m. 2 Doppelschütten, ca 3 to Inh. 1 Schütte ca 1,5 to Inh., 1 Laufkatze m. Fülleimer ca 300 kg Inh., 1 Träger 12 m lang NP 30

Außenanlagen:

rd. 125 m Dampf- und Kondensableitungen von 3/4" - 2 1/4" Durchmesser einschl. Isolierung

rd. 250 m 4 a dr. Kabel ca 35 mm vom Hauptgebäude -Maschinenraum- nach dem Verwaltungsgebäude und nach Abteilungen II.

Brandbomben hatten das Haupt- und das Verwaltungsgebäude im Kriege zerstört. Nunmehr konnte mit 160.000 DM Landesmittel das Gebäude renoviert und durch Unterteilung von 16 Krankensälen wurden 32 Krankenzimmer geschaffen.

Anfang 1950 wurde mit einem Anbau an die Chirurgische Frauenabteilung begonnen, so daß ohne Erhöhung der Bettenzahl die Unterbringung der Kranken verbessert wurde.
Im einzelnen ergab sich 1950 folgende Aufteilung der insgesamt 525 Betten: 47)

Block I, Weserstraße 45: (Marinelazarett)

Chirurgische Männer-Abteilung	87
Chirurgische Frauen-Abteilung	73
Innere Männer-Abteilung	30
Hals-, Nasen-, Ohren u. Augen-Abteilg.	30
Dermatologische Männer-Abteilung	27
Dermatologische Frauen-Abteilung	17

Block II a, Rheinstraße 108: (Städtisches Krankenhaus)

Innere Frauen-Abteilung I	25
Infektions-Abteilung	55
Entbindungs-Abteilung mit den dazu gehörigen Säuglingsbetten	16

Block II b, Rheinstraße 112: (Werftkrankenhaus)

Innere Frauen-Abteilung II	20
Innere Männer-Abteilung II	27
Tuberkulose-Abteilung für Männer und Frauen	78

Hilfskrankenhaus Abt. III

Innere und Chirurgische Männer- und Frauen-Abteilungen für Rekonvaleszenten	40

Für Behandlungen auf dem Gebiet von Hals-, Nasen-, Ohren-, Augen- und Hauterkrankungen gab es Beleg-Abteilungen.

Trotz aller organisatorischen und ausstattungstechnischen Verbesserungen war die Situation der Städtischen Krankenanstalten am Beginn der fünfziger Jahre weitgehend unbefriedigend. Dies geht auch aus den offiziellen Verlaut-

barungen hervor, wie z. B. aus dem Verwaltungsbericht für die Jahre 1945 bis 1952:

> "Es wird der Stadt in absehbarer Zeit nicht möglich sein, ein völlig neues Krankenhaus zu bauen. Wir müssen die Anlagen schon so hinnehmen, wie sie heute einmal sind. Aber es müssen noch erhebliche Verbesserungen durchgeführt werden, die mehrere Millionen DM kosten werden. Wichtig vor allem ist die Errichtung eines neuen Wirtschaftsgebäudes mit allen technischen Einrichtungen, vor allem mit einer neuen Heizungsanlage für den gesamten Gebäudekomplex. Des weiteren müssen aber auch Verbesserungen an den Personalzimmern, an der Wäscherei und auch noch an vielen Krankenzimmern ausgeführt werden." 85)

Für die Instandsetzung und Unterhaltung der verschiedenen Gebäude der Krankenanstalten wurden folgende Mittel durch die Stadt aufgebracht: 85)

Jahr	Summe
1948	35.923,-- DM
1949	330.217,-- DM
1950	303.947,-- DM
1951	113.082,-- DM
1952	rd. 100.000,-- DM

Im einzelnen wurde dieses Geld für folgende bauliche Verbesserungen verwandt:

1. Neuer Anbau an der Chirurgischen Abteilung in der Weserstraße mit 64 Krankenbetten.
2. Unterteilung der großen Krankenräume im Hauptgebäude Weserstraße in kleinere Räume.
3. Anbau am alten Städtischen Krankenhaus.
4. Instandsetzung der gesamten Krankenanstalten durch ausgedehnte Maler- und sonstige handwerklichen Arbeiten.

5. Verbesserung vieler technischer Anlagen.
6. Neuerstellung und Instandsetzung der Einfriedigungen.

In den fünfziger Jahren wurden immer wieder Forderungen erhoben, die krankenhausärztliche Versorgung der Bevölkerung zu verbessern.

Der Gesundheitsausschuß des Rates der Stadt wurde wiederholt angerufen, und zwar vom ärztlichen Leiter der Städtischen Krankenanstalten Dr. HINRICHS und dem zuständigen Amtsarzt Dr. ZÜRCHER als Aufsichtsinstanz.

Es bestanden erhebliche Zweifel, ob es sich lohnen würde, die erforderlichen Gelder in die alten Gebäude zu investieren. Vielmehr erschien es zweckmäßiger, ein neues Krankenhaus nach den neuesten baulichen und krankenhausmedizinischen Erkenntnissen zu errichten.

Auf Grund der Diskussionen wurde die Verwaltung vom Gesundheitsausschuß am 3. Oktober 1955 damit beauftragt, eine 'Denkschrift über die Notwendigkeit eines Krankenhausneubaues der Stadt Wilhelmshaven' anzufertigen, die am 26. Februar 1956 vorgelegt wurde.

In der Denkschrift wurde die Planung und Durchführung eines neuen Krankenhauses empfohlen: 15)

> "Abschließend muß noch einmal betont werden, daß die Städtischen Krankenanstalten Wilhelmshaven unter ganz erheblichen Mängeln leiden. Deren Beseitigung ist aber nur unvollständig möglich und verursacht selbst dann einen unvertretbaren hohen Geldaufwand. Ein Neubau ist deshalb unumgänglich.
>
> Der Neubau würde die jetzt bestehenden Schwierigkeiten in der ärztlichen Versorgung der Patienten und in der Bewirtschaftung des Hauses beheben. Er würde außerdem dem Krankenhauspersonal angemessene und ausreichende Wohn- und Arbeitsräume schaffen und zugleich die

Krankenanstalten aus dem besonders luftgefährdeten Gebiet des Kriegsmarinehafens herausnehmen.

Die Krankenhausversorgung der Einwohnerschaft Wilhelmshaven würde damit den modernsten Erkenntnissen entsprechen."

Eine Reihe von Gründen führte zu dieser Empfehlung:

1.) Die Rechtsverhältnisse:

Da waren zunächst einmal die Rechtsverhältnisse an den Gebäuden, in denen die 'Städtischen Krankenanstalten' untergebracht waren.

Sachlicher und personeller Träger der Anstalten war die Stadt Wilhelmshaven, Eigentümer der Gebäude jedoch das Städtische Krankenhaus und das Paul-Hug-Kinderheim.

Als Rechtsnachfolger des Deutschen Reiches war die Bundesrepublik Deutschland Eigentümer des "Werftkrankenhauses" und des "Marinelazaretts".

Gegen eine jährliche Anerkennungsgebühr von DM 1.000,-- für das Werftkrankenhaus und DM 2.000,-- für das Marinelazarett hatte die Stadt jedoch die Nutzungsrechte für die Gebäude und das Inventar erhalten. 15)

Der Bund forderte jedoch 1951 statt der geringen Anerkennungsgebühr die Zahlung einer angemessenen Miete.

Nach langjährigen Verhandlungen und unter Verrechnung der geleisteten Investitionen verpflichtet sich die Stadt schließlich, ab 1959 DM 13.548,-- für das Werftkrankenhaus und DM 40.884,-- für das Marinelazarett zu zahlen. 15)

2.) Die räumliche Lage der Städtischen Krankenanstalten

Die Städtischen Krankenanstalten lagen im Südteil der Stadt nicht zentral und waren von den westlichen und nördlichen Gebieten aus, in denen viele Bürger wohnen, nur schwer zu erreichen. Von den umliegenden Straßen ging ein erheblicher und zunehmender Verkehrslärm aus, der neben der Rauch- und Staubentwicklung eine Belastung für die Patienten bedeutete.

Die Luftgefährdung in unmittelbarer Nähe des Kriegshafens war so groß, daß auf Grund der neuen Richtlinien für den Luftschutz mit der sofortigen Schließung der Krankenanstalten im Kriegsfall gerechnet werden mußte.

Die räumliche Trennung der Wirtschaftsgebäude brachte durch die langen Wege Mängel mit sich und erheblichen Wärmeverlust bei den Installationsleitungen.

3.) Der bauliche Zustand der Städtischen Krankenanstalten

Abgesehen von der im Paul-Hug-Kinderheim untergebrachten Kinderabteilung, waren die anderen Gebäude in einem höchst unzulänglichen Zustand. Das Städtische Bauamt hatte die Gebäudeschäden auf insgesamt 5 bis 6 Millionen DM geschätzt, doch konnte eine solche Summe für die Reparaturen auf Grund der ungünstigen Finanzlage der Stadt nicht aufgebracht werden.

Für Um- und Erweiterungsbauten hatte die Stadt Wilhelmshaven 1947 bis 1956 bereits 1.249.000 DM investiert, doch die Mängel an den Gebäuden waren immer noch erheblich. 15) Die Dächer waren reparaturbedürftig, da sie nach den Kriegseinwirkungen nur notdürftig wiederhergestellt waren;

die Fenster in allen Gebäuden undicht, so daß Zugluft und Kälte immer wieder zu Beschwerden führten; die Sockelgeschosse des Marinelazaretts und des Werftkrankenhauses konnten nicht genügend isoliert werden und zeigten immer wieder Salpeteransätze.

- die Entwässerungsrohre waren zu klein, so daß es immer wieder zu Verstopfungen der Leitungen kam, insbesondere im Operationsraum und in der Bäderabteilung;
- skandalös die Abwässerregelung der Infektions- und Tuberkulose-Abteilung: ohne Klärung oder Desinfektion wurden die Abwässer in die öffentliche Kanalisation geleitet. Der Amtsarzt, zuständig für die Überwachung der Städtischen Krankenanstalten, hatte diesen Zustand wiederholt gerügt.
- die Heizungsanlagen waren altersschwach und mußten ständig überholt werden; der Verbrauch an Heizstoffen war um ein Drittel höher als bei einer vergleichbaren modernen Heizungsanlage.
- die Toiletten waren unhygienisch.
- die Einfriedigung des Geländes notdürftig repariert,
- die Wege und Straßen auf dem Krankenhausgelände unzulänglich.

Zu diesen baulichen Mängeln, die die Arbeit für alle erschwerten, kamen die Bedenken des ärztlichen Personals.

4.) Die Bedenken der Ärzte

In fast allen Stationen und Abteilungen fehlten separate Untersuchungs- und Behandlungsräume, so daß die Besprechungen in Gegenwart der anderen Patienten abgehalten werden mußten, was häufig zu Beschwerden führte.

In den gesamten Städtischen Krankenanstalten gab es nicht ein einziges Sterbezimmer. Nur durch einen Wandschirm getrennt, mußten die Mitpatienten die Agonie miterleben. Die Umwandlung der Krankenzimmer konnte aber wegen der hohen Inanspruchnahme der Krankenanstalten nicht vorgenommen werden. Wegen der weiten Wege und fehlenden Aufzüge mußten die Patienten nicht nur durchs Freie, sondern auch über die Treppen transportiert werden.

In den einzelnen Abteilungen wurden weitere zahlreiche Mängel festgestellt.

So hatte die Innere Abteilung I keine eigene Röntgeneinrichtung: die Kranken mußten zur Chirurgischen Abteilung mit dem Krankenwagen transportiert werden. Auch gab es viele 8 - 10 Bettzimmer, ein Umbau wäre äußerst kostenaufwendig gewesen.
Die Innere Abteilung II lag abseits von den anderen Krankenanstalten. Die Chirurgische Abteilung war im Marinelazarett untergebracht. Die dortigen Operations-Räume waren zu klein, und um fristgerecht alle Operationen, die anfielen, durchzuführen, war man gezwungen, an zwei Tischen zu operieren. Da nicht genügend Nebenräume vorhanden waren, wurden die Patienten auf dem Flur vor dem Operationstrakt auf den Eingriff vorbereitet. Dies war, zumal andere Patienten und Besucher vorbeigehen konnten, ein "völlig unhaltbarer Zustand". 15)

Die Operationsräume - ein septischer und ein aseptischer - reichten bei der Größe des Betriebes nicht aus, außerdem fehlte ein Sterilisationsraum, ein abgetrennter Waschraum und die zugfreie Belüftung bzw. eine Klimaanlage der Operationsräume.

Die Tatsache, daß die Kinderabteilung im Paul-Hug-Heim untergebracht war, erschwerte die Behandlung von Säuglingen und Kleinstkindern, da dort Operationsräume, Röntgengeräte und ein Laboratorium fehlten und die Patienten jeweils in die Städtischen Krankenanstalten transportiert werden mußten. Die größeren Kinder wurden dort überhaupt nicht aufgenommen, sondern waren in den anderen Abteilungen zwischen den Erwachsenen untergebracht.

Die vorübergehende Unterbringung von Geisteskranken erfolgte in den früheren Arrestzellen des Marinelazaretts, die nahe der Bäderabteilung lagen, so daß dieser Zustand häufig kritisiert wurde.

Eine Gynäkologische Abteilung fehlte bis 1958 in den Städtischen Krankenanstalten (es existierte eine geburtshilfliche Station mit Belegbetten) und es gab nur den Plan, eine eigene Abteilung mit 180 Betten einzurichten; ebenfalls fehlte eine Psychiatrische Abteilung. Diese Patienten kamen in das Landeskrankenhaus Sanderbusch, wo sie ständig 60 Betten belegten.
Weiterhin wurde bemängelt, daß ein Schwesternhaus fehlte, so daß daraus Nachteile für den Dienstbetrieb erwuchsen, und daß sämtliche wirtschaftlichen Einrichtungen veraltet waren.
Die beiden Zentralküchen waren aufwendig und kostspielig und in hygienischer Hinsicht kaum zu verantworten.

Zu diesem umfangreichen Mängelkatalog kam noch die Diskussion um die Auflösung des Landeskrankenhauses in Sanderbusch, wodurch weitere 100 - 120 Betten notwendig geworden wären.
Bei der Suche nach einem entsprechenden Grundstück für die eventuellen Erweiterungsbauten und Modernisierungen

hatte schon Professor GRAUBNER (1899 - 1970)
1950 den Vorschlag gemacht, das Areal nördlich der Weserstraße bis zum Hafen zum Krankenhausgebiet zu machen.
(siehe Anhang)
Der Plan sah eine Neuerrichtung der Abteilungen für Gynäkologie, Kinder und Infektion vor.
Der Rat der Stadt und die Ausschüsse hatten sich damals schon ausgiebig mit diesem Plan beschäftigt, doch industriellen Planungen wurde der Vorzug gegeben.
1956 hatte sich die Situation geändert, jetzt war der Bund nicht mehr bereit, das Gelände freizugeben, da es für die Marine benötigt wurde.

Die räumliche Ausdehnung der Städtischen Krankenanstalten war aber unbedingt geboten. Das Bauamt hatte bereits festgestellt, daß eine Aufstockung der vorhandenen Gebäude nicht in Frage kam, da der Untergrund dies nicht zuließ.

> "Unverkennbar bleibt aber auch, daß die unglückliche Lage im Stadtgebiet, die Zerrissenheit der Anstalten in sich, die vom ärztlichen und wissenschaftlichen Standpunkt abzulehnenden langen Wege und Installationsleitungen, die Unwirtschaftlichkeit der veralteten Gebäude und Räume usw. sich nicht beheben lassen, sondern den Städtischen Krankenanstalten immer anhaften und zugleich erhebliche Kosten verursachen werden, mag man die Anstalten aus- und umbauen, wie man will". 15)

Die Kosten für eine umfangreiche Modernisierung und für die zahlreichen Neu- und Umbauten wären erheblich gewesen. Geschätzt wurden die Kosten auf 9.713.000 DM, wobei die notwendigen Luftschutzmaßnahmen noch nicht berücksichtigt waren. Da die Besitzverhältnisse nicht geklärt waren, wäre zu diesem Betrag noch der Kaufpreis für die Grundstücke und Gebäude hinzugekommen. Das Bauamt und das Grundstücksamt schätzte diesen Betrag auf einen Zeitwert von DM 4.966.580,--, so daß insgesamt 14.679.580,-- DM hätten aufgebracht werden müssen. 15)

Ein Krankenhaus hingegen sollte auf Grund der damaligen Berechnungen 16,5 Millionen DM kosten.

Insgesamt war also ein Mehraufwand von 1,8 Millionen DM erforderlich, um ein nach modernen Erkenntnissen zu planendes Hochleistungskrankenhaus mit 750 Betten zu errichten.

Auch das Sozialministerium in Hannover hatte bereits zu erkennen gegeben, daß es nicht bereit war, für die alten Krankengebäude erhebliche Zuschüsse zu geben, wohl aber für einen Neubau.
Bis zur Bewilligung der Errichtung eines Krankenhausneubaues vergingen noch Jahre, in denen es Aufgabe der Ärzteschaft war, räumliche und technische Mängel der "Städtischen Krankenanstalten" durch verstärkten persönlichen Einsatz zu überbrücken.
1954 übernahm Privatdozent Dr. HINRICHS (geb. 11. 9. 1911) die Leitung der Chirurgischen Abteilung.
1964 wurde unter der Leitung von Chefarzt Dr. SCHMALZ eine eigene Anaesthesie-Abteilung gegründet.

Am 15. 11. 1958 richtete man im ehemaligen Werftkrankenhaus eine Frauenabteilung mit 75 Betten ein.
Professor Dr. BILLICH (geb. 19. 6. 1918) übernahm die Leitung dieser neuen Abteilung und versuchte die neuesten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zu realisieren.

Drei Jahre später, am 1. Oktober 1961, wurde Professor Dr. KAZMEIER (geb. 2. 9. 1916) Leiter der I. Medizinischen Klinik. Unter seiner Leitung wurden die ersten Herzschrittmacher implantiert. Außerdem wurde die Diagnostik auf dem Gebiet der Gastroenterologie wesentlich erweitert.

Die Städtischen Krankenanstalten waren die 3. Klinik in der Bundesrepublik Deutschland, die ein HIRSCHOWITZ-Gastroskop besaß.

Trotz anfangs mangelhafter technischer Ausstattung, organisatorischer Schwierigkeiten und diagnostisch eingeschränkter Möglichkeiten, gelang es Professor Dr. KAZMEIER in seinem Bereich, die neuesten medizinischen Kenntnisse und Therapiepläne auszuschöpfen.
Für die Röntgendiagnostik standen ein Durchleuchtungsgerät, eine Röntgenkugel, sowie für die Oberflächen- und Tiefenbestrahlungen ein Kohlersches Pendelgerät zur Verfügung.

1963 übernahm Chefarzt Dr. STOESSEL (geb. 17. 3. 1927) die Leitung der Röntgenabteilung. Die diagnostischen Möglichkeiten wesentlich erweiternd, wurden jetzt Broncho-, sowie Angiographien durchgeführt.

Um laborchemisch die modernsten Forderungen zu erfüllen, wurden in den fünfziger Jahren ein Leitz-Kompensationsphotometer, Flammenphotometer, Eppendorf- und Elektrophoresegerät angeschafft.

Zusätzlich stand seit 1953 das von der Marine auf dem Lazarettgelände eingerichtete Hygiene-Institut zur Verfügung. Das Institut erhielt Einsendungen aus Friesland und der Wesermarsch. Im Monat registrierte man etwa 2000 Einsendungen. 39) j

Es wurden bakteriologische Untersuchungen, z. B. Keim- und Resistenzbestimmungen, Bade- und Trinkwasserproben auf Schädlichkeit, sowie der Nachweis auf Lues durch die Wassermann-Reaktion, die Meinecke-Reaktion sowie Chediak

und Gruber- Widal- Agglutinationsreaktionen und chemische Untersuchungen, z.B. Magensaftanalysen, Kongorotproben, Blutgruppenbestimmungen und Kreuzversuche durchgeführt. Dem Hygienischen Institut war ein Blutspendedienst angeschlossen. Das für die serologischen Reaktionen notwendige Blut erhielt man von Versuchstieren im Tierstall des ehemaligen Marinelazaretts. (Meerschweinchen, weiße Mäuse, Hammel, Kaninchen).

Dr. BLAAS, der Leieter des Hygienischen Institutes schied 1956 aus und damit wurde leider diese diagnostisch so wertvolle Untersuchungsanstalt aufgelöst.

Die einzelnen Abteilungen wurden durch folgende Chefärzte betreut:

Chirurgische Klinik:

Chefarzt Med. Dir. Priv. Doz. Dr. med. HINRICHS

I. Medizinische Klinik:

Chefarzt Professor Dr. med. KAZMEIER

II. Medizinische Klinik:

Chefarzt Dr. med. SATTLER

Frauenklinik:

Chefarzt Professor Dr. med. BILLICH

Kinderklinik:

Chefarzt Professor Dr. med. MENZEL

Radiologische Abteilung:

Chefarzt Dr. med. STOESSEL

Anaesthesieabteilung:

Chefarzt Dr. med. SCHMALZ

Städtische Krankenanstalten

Entwicklung der Krankenhausstatistik von 1946 bis 1950

Jahr	1946	1947	1948	1949	1950
Krankenbetten insgesamt	645	305	620	620	525
planmäßige	645	305	620	620	525
überplanmäßige	-	-	-	-	-
stationär behandelte Personen					
am Jahresanfang	437	426	480	327	290
Zugänge	5.139	5.667	5.593	5.900	5.684
Abgänge	5.150	5.613	5.746	5.937	5.675
davon durch Entlassung	4.897	5.259	5.490	5.637	5.378
Tod	253	354	256	300	297
Am Jahresende	426	480	327	290	299
Pflegetage	158.993	174.586	163.052	149.589	143.638
durchschnittliche Belegung je Tag	-	-	-	-	-
Bettenausnutzung i.H.	-	-	-	-	-

Zusammengestellt aus 'Wilhelmshaven in Zahlen' sowie den Statistischen Jahresberichten und Verwaltungsberichten der Stadt Wilhelmshaven.

Städtische Krankenanstalten

Entwicklung der Krankenhausstatistik von 1951 bis 1955

Jahr	1951	1952	1953	1954	1955
Krankenbetten insgesamt	525	525	595	595	603
planmäßige	525	525	525	525	533
überplanmäßige	-	-	70	70	70
stationär behandelte Personen					
am Jahresanfang	299	302	311	307	279
Zugänge	5.790	5.656	6.187	6.327	6.455
Abgänge	5.787	5.647	6.191	6.355	6.390
davon durch Entlassung	5.488	5.343	5.830	6.004	6.032
Tod	299	305	361	351	358
am Jahresende	302	311	307	279	344
Pflegetage	155.501	151.313	157.679	160.840	166.226
durchschnittliche Belegung je Tag	-	-	-	441	455
Bettenausnutzung i.H.	-	-	-	84	85

Zusammengestellt aus 'Wilhelmshaven in Zahlen' sowie den Statistischen Jahresberichten und Verwaltungsberichten der Stadt wilhelmshaven.

Städtische Krankenanstalten

Entwicklung der Krankenhausstatistik von 1956 bis 1960

Jahr	1956	1957	1958	1959	1960
Krankenbetten insgesamt	603	603			603
planmäßige	533	533			533
überplanmäßige	70	70			70
stationär behandelte Personen					
am Jahresanfang	344	312			329
Zugänge	6.522	6.252			7.163
Abgänge	6.554	6.250			7.140
davon durch Entlassung	6.132	5.826			-
Tod	422	424			511
am Jahresende	312	314			352
Pflegetage	170.006	153.269			153.680
durchschnittliche Belegung je Tag	465	420			421
Bettenausnutzung i.H.	87	79			79

Zusammengestellt aus 'Wilhelmshaven in Zahlen' sowie den Statistischen Jahresberichten und Verwaltungsberichten der Stadt Wilhelmshaven.

Städtische Krankenanstalten

Entwicklung der Krankenhausstatistik von 1961 bis 1965

Jahr	1961	1962	1963	1964	1965
Krankenbetten insgesamt	603	590	590	590	597
planmäßige	533	516	516	516	516
überplanmäßige	70	74	74	74	81
stationär behandelte Personen					
am Jahresanfang	329	320	270	233	298
Zugänge	7.810	7.456	7.238	7.594	7.928
Abgänge	7.803	7.506	7.275	7.529	7.965
davon durch Entlassung	7.338	7.005	-	-	-
Tod	465	501	538	485	571=7.2%
am Jahresende	336	270	233	298	261
Pflegetage	161.468	150.980	144.282	147.869	155.895
durchschnittliche Belegung je Tag	442	414	395	405	427
Bettenausnutzung i.H.	83	80	77	78	83

Zusammengestellt aus 'Wilhelmshaven in Zahlen' sowie den Statistischen Jahresberichten und Verwaltungsberichten der Stadt Wilhelmshaven.

Städtische Krankenanstalten

Entwicklung der Krankenhausstatistik von 1966 bis 1967

Jahr	1966	1967
Krankenbetten insgesamt	597	521
planmäßige	516	521
überplanmäßige	81	-
stationär behandelte Personen		
am Jahresanfang	261	245
Zugänge	7.976	8.059
Abgänge	7.992	8.009
davon durch Entlassung	-	-
Tod	568	553 = 6,9%
am Jahresende	245	295
Pflegetage	152.221	149.903
durchschnittliche Belegung je Tag	417	414
Bettenausnutzung i.H.	81	79,5

Zusammengestellt aus 'Wilhelmshaven in Zahlen' sowie den Statistischen Jahresberichten und Verwaltungsberichten der Stadt Wilhelmshaven.

8) Reinhard-Nieter-Krankenhaus

a) Entwicklung

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden von dem damaligen Stadtkämmerer Dr. KELLERHOFF erste Erwägungen über die Neuordnung des Krankenhauswesens in Wilhelmshaven erhoben. Fünf Jahre später sprach der Oberstadtdirektor Dr. PAFFRATH mit Vertretern des Verwaltungspräsidenten in Oldenburg und des Niedersächsischen Sozialministers. FRIEDRICH PAFFRATH (1896-1955) wurde in Remscheid geboren. 1921 bestand er das Kommunalbeamten-Examen an der Universität Köln und promovierte 1922 dort zum Dr. rer. pol. mit einer Arbeit über die Politik des Sozialllohnes. 1929 wurde er zum Oberbürgermeister der Stadt Rüstringen gewählt. Er zeichnete sich durch eine vorbildliche Amtsführung aus. Aus politischen Gründen wurde er 1933 aus seinem Amt entfernt. Nach dem Krieg wurde er zum Oberstadtdirektor der Stadt Wilhelmshaven berufen, wo er bis zum Tode tätig war.

Jedoch erst viele Jahre später, nämlich am 7. 11. 1952 verhandelten der Obermedizinalrat Dr. ZÜRCHER und Baurat FORSTER anhand des GRAUBNER-Planes mit dem leitenden Ministerialdirigenten im Sozialministerium Hannover, Dr. GUNDERMANN und Oberbaurat FIEBELKORN. Es wurde festgestellt, "daß die Lösung der Krankenhausverhältnisse in Wilhelmshaven schwierig und einmalig sei". 16) 700 bis 750 Betten bei einer Einwohnerzahl von 120.000 schlug man vor.

Der Neubau wurde durch die Herausgabe einer Denkschrift im Oktober 1955 vorbereitet, die im Zusammenhang mit den Städtischen Krankenanstalten zusammenfassend wiedergegeben wurde. Beraten von einer Arbeitsgruppe, der die Obermedi-

zinalräte Dr. ZÜRCHER, Dr. HINRICHS und die Bauräte Dr. RASCH und FORSTER angehörten, legte Stadtrat HAINK am 28. 2. 1956 die "Denkschrift über die Notwendigkeit eines Krankenhausneubaues der Stadt Wilhelmshaven" vor.

Am 9. 2. 1957 schätzte Oberbaurat FIEBELKORN 24.000 - 25.000 DM Baukosten je Bett ohne Inneneinrichtung, ohne Grunderwerb, ohne Aufschließungskosten. Außerdem sollte geprüft werden, was an Einrichtungsgegenständen übernommen werden könnte. Im selben Jahr stimmte der Bauausschuß der Vergabe des Auftrages eines Zielplanes für 700 Betten an den Städteplaner Professor SCHACHNER (geb. 20. 1. 1902) zu. Im Februar 1958 wurde der Zielplan bekannt und sogleich dem Sozialministerium vorgelegt. Die Baudurchführung sollte in drei Stufen erfolgen: 17)

1. Stufe	=	354	Betten
2. Stufe	=	550	Betten
3. Stufe	=	700	Betten

Vorübergehend glaubte man, daß eine Bettenzahl von 550 ausreiche, zumal das Krankenhaus Sanderbusch in Sande als Zivilkrankenhaus weiterbestehen würde.

Am 28. 12. 1959 ging ein Bericht an Oldenburg, um Finanzierungshilfen des Landes zu erlangen. Geschätzte Gesamtkosten (einschl. Schwesternwohnheim) 25.350.000 DM. 17)

Zunächst waren 600 Betten vorgesehen, jedoch Erweiterungsmöglichkeit auf 700 Betten. In einer Sitzung 1961, im Januar, wurde festgestellt, daß der Neubau Ersatz für jetzt vorhandene Betten sei und durch den Bevölkerungszuwachs ein Bedarf von 720 Betten im Zielplan nachgewiesen werden könne.

Wie aus der Wilhelmshavener Zeitung vom 18. 11. 1961 hervorgeht, sah man der Planung und Finanzierung des

neuen Krankenhauses sehr kritisch entgegen. 39) j

" Wird der Krankenhaus-Neubau ein Drama ?

Überlegungen, die auch von Ratsherren gelesen sein möchten.

Während des Krieges wurde das Städtische Krankenhaus an der Ecke Rhein- und Virchow- Straße in seinen wesentlichen Teilen durch Bomben zerstört. Als nach dem Kriege Marine und Werft aufgelöst wurden, übernahm die Stadt die in unmittelbarer Nähe gelegenen Krankenhäuser der Marine und der Werft und fügte sie mit den Resten des Städtischen Krankenhauses so gut und so schlecht es ging zusammen. Trotz nicht unerheblicher Investitionen und dem Neubau eines Traktes an der Weserstraße war es nicht möglich, das Ganze zu einer organischen Einheit zusammenzufassen.

Die unrationellen Anlagen, die langen Wege für Ärzte, Schwestern und das sonstige Personal und der schlechte Zustand der Gebäude, die mit Ausnahme der Reste des Städtischen Krankenhauses, nicht der Stadt, sondern dem Bund gehören und für die daher Miete gezahlt werden muß, zwang zu Überlegungen, auf welche Weise man diese Mißstände und die hohen Bewirtschaftungskosten senken könne.

Voranschlag 16,5 Millionen DM

In den Jahren 1954 bis 1955, als Oberstadtdirektor Dr. PAFFRATH noch lebte und als Dezernent für das Gesundheitswesen auch das Krankenhaus betreute, stellte man gründliche Untersuchungen an, ob es zweckmäßiger sei, die vorhandenen Krankenhäuser auszubauen oder statt dessen einen Neubau zu errichten. Eine Gegenüberstellung, was ein Neubau und was die gründliche Renovierung der vorhandenen einschließlich der Errichtung zusätzlicher Gebäude und einschließlich des Kaufs der dem Bund gehörenden Gebäude an Kosten verursachen würde, ergab,

- daß man im ersten Fall rund 16,5 Millionen DM
- im zweiten Fall rund 14,5 Millionen DM aufbringen müsse.

Wegen der bei der Größe des ganzen Objektes nur geringen Preisdifferenz von etwa 2 Millionen DM gelangte man zu dem Ergebnis, daß ein Neubau besser und günstiger sei. Durch Kostenvergleiche konnte nachgewiesen werden, daß der Mehrpreis für einen Neubau in wenigen Jahren durch Verminderung der Bewirtschaftungskosten eingespart werden würde. Gerade daran mußte der Stadt wegen der ständigen Steigerung dieser Kosten gelegen sein.

Preis pro Bett 22.000 DM

Die gesamten Unterlagen wurden in einer Denkschrift zusammengestellt, die allen Ratsmitgliedern zugestellt wurde; sie bildete die Grundlage für alle weiteren Beratungen. Die Denkschrift ging von der Notwendigkeit aus, daß das neue Krankenhaus 750 Betten haben müsse, so daß sich auf Grund der errechneten Baukosten ein Preis von 22.000 DM pro Bett ergab. Verhandlungen mit dem Land Niedersachsen führten zu der Zusage, daß das Land einen Zuschuß in Höhe von 25 Prozent leisten werde. Danach ergab sich für die Finanzierung folgende Kostenrechnung:

Neubau des Krankenhauses	16 500 000 DM
Zuzüglich eines Zuschlags für unvorhergesehene Verteuerung	2 000 000 DM
	18 500 000 DM
Abzüglich 25 Prozent Landeszuschuß	4 625 000 DM
	13 875 000 DM

Das also war der Betrag, der von der Stadt auf Grund der damaligen Berechnungen aufgebracht werden mußte und der die Grundlage für viele Überlegungen war, innerhalb von wieviel Jahren er beschafft werden müßte.

Man veranschlagte die finanzielle Leistungsfähigkeit der Stadt für dieses Objekt auf jährlich etwa 2,5 Millionen DM und kam so zu dem Ergebnis, daß der Krankenhaus-Neubau in 5 bis 6 Jahren durchgeführt werden könne und müsse.

Diese Überlegungen und Kostenberechnungen waren für den Gesundheitsausschuß, den Finanzausschuß und den Rat Anlaß, das Projekt grundsätzlich zu genehmigen. Man konnte mit dem Bau beginnen.

Zunächst Schwesternwohnheim

Und man begann ! Zunächst mit dem Schwesternwohnheim, denn schon seit Jahren war bekannt, daß die Schwestern, die tags und nachts ihren schweren Dienst verrichten müssen, unzulänglich untergebracht waren. Da perfekte Schwestern immer mehr 'Mangelware' wurden und es manchmal schier unmöglich zu sein schien, für ausgeschiedene Ersatzkräfte zu bekommen, war der Entschluß, mit dem Schwesternwohnheim zu beginnen, sicherlich richtig.

Hier beginnt das eigentliche Drama, denn während die Kosten für den Bau eines Schwesternwohnheims in der Denkschrift bereits in dem Preis von 16,5 Millionen DM

für den ganzen Neubau erhalten waren, stellte sich nach und nach heraus, daß man dafür allein schon 3 Millionen bereitstellen müsse.

Des Dramas zweiter Akt ging während der Ratssitzung am 18. Oktober 1961 über die Bühne. In dieser Sitzung wurde über den Nachtragshaushalt für 1961 beraten. Ratsherr PELTE benutzte diese Gelegenheit, um mit scharfen Worten das "fahrlässige" Finanzgebaren der Stadt unter die Lupe zu nehmen.

PELTE erklärte, daß auch er der Ansicht sei, daß Kriegsschäden und Kriegsfolgen nicht von einer Generation finanziell verkraftet werden könnten, daß eine solche Erkenntnis aber nicht bedeuten dürfte, daß man die Stadt in Schulden stürze, die nicht notwendig seien und die in keinem Verhältnis zu ihrer Finanzkraft stünden.

Gewiß, so meinte er, würden die Kosten des Krankenhaus-Neubaues durch Darlehen gedeckt werden, aber die Zinsen für solche Darlehen würden den ordentlichen Etat so stark belasten, daß kein Spielraum, insbesondere kein Spielraum für den wegen der ständigen Verdichtung des motorisierten Straßenverkehrs dringend notwendigen Ausbau des Straßennetzes übrigbliebe.

Markant vorgetragene Vorwürfe

Diese sehr markant vorgetragenen Vorwürfe gehen sicherlich auf eine Debatte um das Krankenhaus zurück, die sich vor kurzem in einer Sitzung des Finanzausschusses ergeben hatte. In dieser Sitzung entstand der Eindruck, daß für den gesamten Krankenhauskomplex mit einem Kostenaufwand von fast 40 Millionen DM gerechnet werden müsse und daß dieser Betrag mehr als doppelt so hoch sei wie jener, der ursprünglich veranschlagt worden sei.

Den massiven Angriffen des Ratsherrn PELTE entgegnete Oberstadtdirektor Dr. SCHUMANN als der seit einigen Jahren für das Gesundheitswesen zuständige Dezernent mit der Erklärung, daß in zwei Bauabschnitten gebaut werde.

Der erste Bauabschnitt habe ein funktionsfähiges Krankenhaus mit 400 Betten als Ziel.

Diesem soll dann ein zweiter und letzter Bauabschnitt folgen, durch den die Bettenzahl auf 700 gebracht wird.

Für den zweiten Bauabschnitt sei ein Betrag von 9 Millionen DM erforderlich, während der erste Bauabschnitt 24 Millionen DM beanspruche, so daß das ganze

Krankenhaus 33 Millionen DM koste. Nach dem ersten Bauabschnitt, so sagt Oberstadtdirektor Dr. SCHUMANN, könne eine Verschnaufpause eingelegt werden, um anschließend den zweiten Bauabschnitt folgen zu lassen.

Man kann sich nicht des Eindrucks erwehren, daß viele Ratsherren ob der, angesichts der finanziellen Leistungsfähigkeit der Stadt, gigantischen Kosten des Krankenhaus-Neubaues sich plötzlich mit Zahlen konfrontiert sahen, mit denen man vorher nicht gerechnet hatte und daß Zweifel auftauchten, ob diese Summen durch Beschlüsse der zuständigen Gremien, insbesondere des Finanzausschusses und des Rates gedeckt seien.

Das letzte Wort dürfte in dieser Sache noch nicht gesprochen worden sein, denn .....

..... denn in wenigen Wochen beginnen die Verhandlungen über den Haushaltsplan für das Jahr 1962. Die Erörterungen über den Krankenhaus-Neubau werden dabei zwangsläufig in den Mittelpunkt rücken, denn die dafür in den außerordentlichen Haushaltsplan für 1962 und die folgenden Jahre einzusetzenden Summen werden tiefe Schlagschatten auf die Gestaltung des gesamten außerordentlichen Haushalts werfen.

Neben den nicht unerheblichen Mitteln, die noch für die Fertigstellung der Bücherei im nächsten Jahr und den noch erheblicheren Mitteln, die für das Hallenbad in den beiden nächsten Jahren benötigt werden, müssen noch entsprechende Summen für die Fortsetzung des Baues der Agnes-Miegel-Schule und des Mädchengymnasiums eingeplant werden.

Da der außerordentliche Haushalt nur ein Gesamtvolumen von rund 12 Millionen DM verträgt und von der Aufsichtsbehörde in Oldenburg maximal ein Betrag von rund 9 Millionen DM für die Aufnahme von Darlehen bewilligt werden wird - die Differenz sind Zuschüsse vom Land - entsteht eine prekäre Situation.

Bei der weiteren Beratung des Haushalts dürfte daher der nächste Akt des Dramas fällig werden, denn hier werden sich Fragen ergeben, deren eindeutige Klärung Voraussetzung für eine ernsthafte Behandlung der Materie sein muß. Dabei werden folgende sieben Fragen eine überragende Bedeutung haben:

1) Wie erklärt sich die mehr als 100 Prozent betragende Differenz in den Baukosten, die 1956 in der Denkschrift zugrunde gelegt wurden, gegenüber dem Betrag von 33 Millionen DM, der nunmehr als Baukostenpreis errechnet worden ist ?

Durch das Ansteigen des Baukostenindex läßt sich die Differenz nicht begründen, denn dieser betrug im Jahre 1960 und 1961 genau 440.

Außerdem müßte man hierbei nicht von dem genannten Betrag von 33 Millionen DM, sondern von dem Betrag von 36 Millionen DM ausgehen, also das Schwesternwohnheim mit einbeziehen, denn die Kosten hierfür waren in den in der bereits erwähnten Denkschrift angestellten Berechnungen mit enthalten.

Da außerdem entsprechend dem Kaufkraftschwund des Geldes in der Vergangenheit für die kommenden Jahre mit einem weiteren Schwund gerechnet werden und auch ein Ansteigen der Baupreise einkalkuliert werden muß, wird das Krankenhaus auf über 40 Millionen DM kommen.

2) Besteht auf Grund von Verhandlungen mit den zuständigen Regierungsstellen in Hannover begründete Hoffnung, daß der Zuschuß auf mehr als 25 Prozent erhöht wird? Oder besteht die Gefahr, daß noch nicht einmal 25 Prozent Zuschuß erwartet werden können, weil die Aufwendungen für ein Städtisches Krankenhaus zu hoch sind ?

Wird sich bei den Zuschußverhandlungen in Hannover herausstellen können, daß die Zuschüsse verringert werden, weil der Preis pro Bett viel höher als in vergleichbaren anderen Krankenhäusern und eine Höhe erreicht, die einen Vergleich mit den teuersten Krankenhäusern, nämlich Universitätskliniken, zuläßt ?

3) Da zunächst nur der erste Bauabschnitt mit 400 Betten gebaut werden soll, wird bis zum Ende des zweiten Bauabschnittes, d. h. der Vollendung des ganzen Krankenhaus-Neubaues, das alte Krankenhaus mit seinen rund 600 Betten zumindest teilweise in Betrieb gehalten werden müssen. Es entstehen daher zukünftig nicht nur im neuen Krankenhaus (erster Bauabschnitt mit 400 Betten) pro Bett erhöhte Bewirtschaftungskosten, weil alle Anlagen bereits auf 700 Betten berechnet sind, sondern es bleiben auch noch die Bewirtschaftungskosten des alten Krankenhauses ganz oder teilweise bestehen.

Daraus leitet sich die Frage ab, in welchem Umfang zukünftig aus der Doppelgleisigkeit erhöhte Bewirtschaftungskosten anfallen werden ? Von der Höhe dieser zusätzlichen Bewirtschaftungskosten, die möglichst schnell wieder abgebaut werden müssen, wird die Zeitspanne abhängig sein müssen, innerhalb der die Vollendung des Krankenhaus-Neubaues angestrebt werden muß. Ohne exakte Zahlenunterlagen läßt sich diese Frage nicht beantworten.

4) In welcher Höhe können und müssen in den nächsten Jahren Mittel für den Krankenhaus-Neubau zur Verfügung gestellt werden ?

Eine solche Übersicht kann nur gewonnen werden, wenn ein Bauplan vorliegt, der ausweist, welche Unterabschnitte in den folgenden Jahren gebaut werden sollen und wie hoch jährlich die Kosten dafür anzusetzen sind.

Mit anderen Worten: Es muß ein Generalbauplan mit einem Generalfinanzplan abgestimmt werden. Soweit bekannt, liegt beides nur unvollkommen vor.

5) Auf welche projektierten und beschlossenen Hochbauten muß und soll zunächst verzichtet werden, weil die jährlich anfallenden Kosten für den Krankenhaus-Neubau, Hallenbad, Bücherei, Agnes-Miegel-Schule und Mädchen-Gymnasium bei der finanziellen Situation der Stadt unmöglich finanziert werden können ?

6) Es ist nicht unbedingt erforderlich, für jeden einzelnen der beschlossenen und sicher auch notwendigen Bauten, sofern er sich über mehrere Jahre erstreckt - und das tun alle - einerseits einen Generalbauplan und andererseits einen Generalfinanzplan aufzustellen und die sich aus der Gesamtheit der Bebauungs- und Finanzierungspläne ergebenden Summen entsprechend der Leistungsfähigkeit der Stadtkasse abzustimmen ?

7) Sind sich die zuständigen Damen und Herren aus dem Rat und der Verwaltung bewußt, daß die für den Krankenhaus-Neubau aufzunehmenden Darlehen den ordentlichen Etat in jedem Jahr mit etwa 2,5 Millionen DM belasten ?

Oder anders ausgedrückt: Hat man auch berücksichtigt, daß für das Krankenhaus Jahr für Jahr 2,5 Millionen DM allein für Zinsen aufgebracht werden müssen und daß dazu noch die Beträge für die Abzahlung der Darlehen kommen ?

Noch liegt das Kind nicht im Brunnen! Obwohl die neuerdings genannten Baukosten wegen des ständigen Steigens des Baumindexes bei jeden, die einen tieferen Einblick in die städtische Finanzlage haben, helles Entsetzen hervorrufen müssen, bleibt nur die Möglichkeit, den begonnenen Krankenhaus-Neubau fortzusetzen.

Ebenso sicher ist, daß er nicht in der vorgesehenen Zeit finanziert werden kann und ferner, daß zwingend andere Bauvorhaben zurückgestellt werden müssen.

Es hieße, die Situation völlig verkennen, wollte man einen Ausweg suchen, indem man für die neuen Hochbauten, insbesondere für die Agnes-Miegel-Schule und für das Mädchengymnasium, kleine Teilbeträge einsetzt.

Das ginge ein oder zwei Jahre gut, aber dann fallen zwangsläufig auch hierfür Riesensummen an, und diese zusammen mit jenen, die auch dann noch jährlich für den Krankenhaus-Neubau benötigt werden, ergäben Beträge, an denen die Stadt ersticken müßte.

Noch spielt sich nur ein Drama - gewissermaßen hinter den Kulissen - ab, ein Drama, bei dem die Akzente noch immer durch guten Willen und Verantwortungsbereitschaft gesetzt wurden. Aber unter der Feder manches Dichters, der erst ein Drama schreiben wollte, wandelte sich das Thema langsam, aber sicher, zu einer Tragödie. Eine Krankenhaustragödie kann sich die Stadt Wilhelmshaven nicht leisten.

Für die Erschließung des Grundstückes wurden im September 1961 230.500 DM angegeben. Auf dem Grundstück, das größtenteils der Stadt gehörte, befand sich noch eine verpachtete Bauernstelle, Hof Kröh.

Als der Niedersächsische Sozialminister PARTSCH am 13. 6. 1962 die Städtischen Krankenanstalten in Wilhelmshaven besuchte, wurden folgende wesentlichen Punkte zusammengefaßt: 17)

1) Die Städtischen Krankenanstalten sind Hauptschwerpunktkrankenhaus und rangieren damit unter den Allgemeinkrankenhäusern an oberster Stelle.

2) Unter Berücksichtigung der Gesamteinwohnerzahl und des Einzugsgebietes hat der Krankenhaus-Neubau mit 700 Betten bei einer hierin enthaltenen Reserve von nicht einmal 10% seine volle Berechtigung.

3) Der Zuschuß, der vom Land zu erwarten ist, liegt zwischen 33 und 35%, wobei die Einrichtung gleichzeitig als zuschußfähig anzusehen ist. Inzwischen

liege gleichfalls eine positive Stellungnahme des Niedersächsischen Innenministers beim Sozialministerium bezüglich des Krankenhaus-Neubaues vor.

Nach einer Gesamtbauzeit von acht Jahren und mit einem Kostenaufwand von 46,1 Millionen DM konnte das neue Krankenhaus am 25. November 1967 eingeweiht werden. Es erhielt den Namen 'Reinhard-Nieter-Krankenhaus' nach dem Oberbürgermeister der Stadt Wilhelmshaven in den Jahren von 1945 bis 1952 und 1956 bis 1961.

REINHARD NIETER (1883 - 1964) war als Schlosser während seiner Marinedienstzeit nach Wilhelmshaven gekommen, hatte auf der Werft gearbeitet und war bis 1933 politisch aktiv gewesen. Nach einem Berufsverbot bis 1945 wurde er Oberbürgermeister und war nach 1961 weiterhin im kommunalpolitischen Bereich in Wilhelmshaven tätig.

Den Transport der Kranken übernahm die Bundeswehr. Innerhalb von knapp 8 Stunden wurden 300 Patienten von Sanitätssoldaten aus Leer in das neue Krankenhaus gebracht. Zuerst transportierte man die Frischoperierten, dann die anderen Patienten der Chirurgischen Klinik, es folgten die Patienten der Medizinischen Kliniken, der Frauenklinik und zum Schluß die jungen Frauen mit ihren Neugeborenen. Die Übung "Sonnige Jade" war sehr gut organisiert, wie aus einem Zeitungsartikel der Wilhelmshavener Zeitung vom 26. 8. 1967 hervorgeht. 39)

"Oberstadtdirektor Dr. Schumann und Chefarzt Dr. Hinrichs dankten gestern in einer kleinen Feierstunde allen Soldaten, die so geholfen haben, an ihrer Spitze praktisch Oberfeldarzt Dr. Horst Gertig und organisatorisch der Chef des Stabes der 11. Panzergrenadierdivision, Oberst-Leutnant i.B. Günter Schmelzer (gebürtiger Wilhelmshavener), Divisionsarzt Oberstabsarzt Dr. Herbert Schöneich und Ratsherr Fregattenkapitän Wilhelm Anhalt. Oberstadtdirektor Dr. Schumann bat die Soldaten, dem Kommandeur der Panzergrenadierdivision, Generalmajor Otto Uechtritz den Dank der Stadt Wilhelmshaven auszusprechen."

In einem Schreiben vom 26. 1. 1968 21) bat Dr. SCHUMANN den Kultusminister, das Krankenhaus als Lehrkrankenhaus in die Planung einzubeziehen. Gegen Ende des Jahres wurde dem Kultusminister mitgeteilt, daß die Hals-Nasen-Ohren- sowie Urologieabteilungen in Hauptabteilungen umgewandelt wurden und eine Pathologische Hauptabteilung mit einem hauptamtlich angestellten Chefarzt und einem nachgeordneten Arzt eingerichtet sei. Zwei Jahre später besichtigte eine Kommission der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen das Reinhard-Nieter-Krankenhaus, um die Voraussetzungen als Lehrkrankenhaus zu überprüfen. 1972 teilte der Niedersächsische Kultusminister mit, daß die Medizinische Fakultät der Universität Göttingen vorgeschlagen habe, das Krankenhaus als Akademisches Lehrkrankenhaus im Sinne des § 4 der Approbationsordnung für Ärzte vom 28. 4. 1970 (BGB e I S. 1458) für den Unterricht im praktischen Jahr heranzuziehen. Am 18. 9. 1972 erklärte sich der Verwaltungsausschuß mit der Nutzung des Reinhard-Nieter-Krankenhauses als Akademisches Lehrkrankenhaus einverstanden. 22)

Zwei Jahre später wurde ein Schreiben an den Kurator der Universität Göttingen gerichtet wegen Änderung des Vertragsentwurfes. Die Kosten der Erstausstattung von 60.000 DM wurden am 29. 1. 1975 akzeptiert, da keine Kosten für Ausbaumaßnahmen entstehen würden. Im selben Jahr wurde der Beginn der praktischen Ausbildung der Medizinstudenten auf den 1. 10. 1976 hinausgeschoben.
Seit Oktober 1976 absolvieren Medizinstudenten ihre klinisch praktische Ausbildung am Reinhard-Nieter-Krankenhaus.

Während die Städtischen Krankenanstalten der Gruppe A 1 zugeordnet waren, erfolgte zunächst nach Wegfall der Lungenabteilung und der Abteilung für Haut- und Geschlechts-

Krankheiten im Neubau eine Umstufung auf A 2, wie aus einem Schreiben der Allgemeinen Ortskrankenkasse Wilhelmshaven vom 30. 8. 1967 hervorgeht. 19)
Ein Jahr später erkannte die Krankenkasse die Hals-Nasen-Ohren-Abteilung als Hauptabteilung an, so daß das Krankenhaus wieder in Gruppe A 1 fiel. Ebenfalls erklärte man sich mit der Einrichtung einer Urologischen Hauptabteilung zum 1. 10. 1968 bereit. Mit der Eröffnung einer 6. Hauptabteilung im Sinne des § 12 der Niedersächsischen Landespflegesatzverordnung war die Eingruppierung nach Gruppe S verbunden.

Die immense Kostenexplosion der Krankenhauspflegesätze auf Grund diagnostischer und technischer Fortschritte geht aus der graphischen Darstellung hervor. (siehe Anhang)

Auf Grund eines 1974 erstellten Gutachtens hat das Deutsche Krankenhausinstitut Düsseldorf 1976 in einem weiteren Gutachten folgende Erweiterungsmaßnahmen vorgeschlagen: 23)

1. Erweiterung der Chirurgischen Intensivmedizin im 1. Obergeschoß
2. Erweiterung der Nuklearmedizinischen Diagnostik
3. Erweiterung der Räumlichkeiten für den chirurgischen und urologischen ärztlichen Dienst
4. Erweiterung der Pathologie
5. Sozialräume für den Rettungsdienst
6. Alternativ: Bewegungsbad
   Bunker für Strahlentherapie.

b) Gliederung und Ausstattung

An der Paffrathstraße 100 gegenüber der Stadtparkkolonie liegt auf einem großräumigen Gelände mit zahlreichen Parkplätzen, Wohnblocks für Schwestern und Ärzte, Schwesternwohnhaus, Hubschrauberlandeplatz und Grünanlagen das neungeschossige Reinhard-Nieter-Krankenhaus. Vor dem Haupteingang erhebt sich ein kleiner Hügel, unter dem sich der Luftschutzbunker befindet, so daß für den Notfall etwa 150 Krankenbetten sowie Funktionsräume bereitstehen.
Von dem Bettenhochhaus zeichnet sich die angegliederte Kinderklinik architektonisch deutlich ab.
Als Modell für diesen Bau diente die Aachener Kinderklinik.- Sie erfuhr eine wesentliche Verbesserung in hygienischer, diagnostischer und therapeutischer Hinsicht mit dem Neubau und wird von Professor Dr. MENZEL (geb. 17. 8. 1924) geleitet. Sie umfaßt 5 Stationen mit zusammen 152 Betten; ihre Größe würde für ein angenommenes Einzugsgebiet von 150 000 Menschen nach der in den 60iger Jahren noch gültigen Schlüsselzahl: 1 Kinderbett auf 1ooo Einwohner bemessen. Um Infektionen zu vermeiden, gibt es zunächst drei Aufnahmeboxen. Der Zugang ist von außen, so daß pathogene Keime nicht ins Haus getragen werden, und dem Problem der Kontamination Rechnung getragen wird. Dabei muß hervorgehoben werden, daß auf vielen Stationen Zimmer isoliert werden können, so daß eine Flexibilität der Belegung nach Alter, Geschlecht, Schwerkrankengruppe, ansteckende Krankheiten gegeben ist.

Die Frühgeborenenabteilung mit acht Inkubatoren und sieben Wärmebettchen hat einen eigenen Eingang und kann nur durch eine Schleuse erreicht werden. Ferner sind zwei Räume dieser Station voll klimatisiert. Außer den vorher genannten Abteilungen gibt es noch eine Säuglings-, Kleinkinder- und Schulkinderabteilung.

Zum 1. 1. 1978 wurden auf der Säuglings- und Kleinkinder-Station je zwei Räume zur Mutter- Kind- Einheit umfunktioniert.
Für den Transport lebensschwacher Neugeborener aus dem St. Willehad-Hospital, den Krankenhäusern in Jever, Sanderbusch, Wittmund und Varel, steht seit Januar 1978 ein Intensivpflege-Transportinkubator, der mit ärztlicher Begleitung zum Einsatz gebracht wird, zur Verfügung.

Die Erziehungsberatung sowie psychologische Führung von verhaltensgestörten Kindern übernimmt eine Diplompsychologin. Spielräume mit kindergärtnerischen Einrichtungen sowie Bewegungsräume befinden sich im Untergeschoß.
Hier wurde ebenfalls eine Milchküche eingerichtet. Ein Überkreuzen von Funktionswegen findet nicht statt.
An- und Abtransport von Milchflaschen und Windeln ist so eingerichtet, daß sich reine und unreine Flaschen bzw. Windeln nicht berühren.

Die Klinik verfügt über eine eigene Röntgen-, EEG- sowie Kardiologie-Abteilung.

Von der Kinderklinik aus besteht ein Durchgang für ärztliches und pflegerisches Personal zu der Neugeborenen-Abteilung der Gynäkologie-Abteilung, so daß nach einer Entbindung im Notfall der Säugling schnell von einem Pädiater betreut werden kann. Um frühkindliche Krankheiten und Schäden zu vermeiden, können dort mit einem Unicam photometrische Bestimmungen der Bilirubinoide durchgeführt werden.

Zur Wehen- und Herzmessung während der Geburt wurden zwei Kardiotokographen angeschafft. Seit 1970 ist auch die pH-Messung des kindlichen Blutes möglich. Außerdem kann eine Wechseldruckbeatmung vorgenommen werden, so daß eine Intensivbetreuung des Säuglings nach der Entbindung

gegeben ist. In den Säuglingsräumen besteht die Möglichkeit der Isolierung.

In der Gynäkologischen Abteilung sind die vier Kreißräume mit Sauerstoff- und Lachgasanschlüssen versehen und werden zentral überwacht.

Außer der geburtshilflichen gibt es noch eine operative und konservative Abteilung, auf der Radiumeinlagen gelegt werden.

Die Gynäkologische Abteilung besitzt ein eigenes Zytologisches Labor, auch für Proben, die von außerhalb eingeschickt werden.
Leiter der Frauen-Abteilung ist Professor Dr. BILLICH, (geb. 19. 6. 1918).
Für alle anfallenden gynäkologischen Operationen stehen gesondert vom eigentlichen Operations-Trakt ein septischer und ein aseptischer Operationssaal zur Verfügung.
Mammaamputationen führen - nach einer durch Professor Dr. KLUGE (geb. 30. 4. 1928) ausgewerteten feingeweblichen Untersuchung - die Chirurgen des Reinhard-Nieter-Krankenhauses durch.

Nachdem Med. Dir. Chefarzt Dr. HINRICHS (geb. 11. 9. 1911) ausgeschieden war, übernahm Professor Dr. BURKHARDT (geb. 21. 8. 1934) am 1. 5. 1976 die Leitung der Chirurgischen Abteilung. Das Operationsprogramm umfaßt die mittlere und große Bauch-Chirurgie mit Oesophagus- sowie Kardia-Chirurgie, totale Magenoperationen, Gallengangsrevisionen und Pankreasresektionen. Mit dem Ziel der primären Knochenbruchbehandlung wird die Osteosynthese durchgeführt. Außerdem werden Totalendoprothesen des Hüftgelenkes implantiert.

Der Operationstrakt besteht aus einem septischen und drei aseptischen Operationsräumen. Die Patienten werden vor der Schleuse der aseptischen Räume auf fahrbare Paletten (insgesamt sechs) gelagert und dann in den Einleitungsraum, der sich vor jedem Operationsraum befindet, gefahren. Hier steht ein Narkosetisch mit allen Instrumentarien sowie ein Narkosegerät mit Pulmomat der Firma DRÄGER. Nach der Narkosebehandlung in der Einleitung kommt der Patient in den Operationsraum, wo drei weitere Narkoserespiratoren (ENGSTRÖM) sind. Für jeden Operationsraum gibt es ein Überwachungsgerät der Firma HELLIGE. Bei größeren chirurgischen Interventionen wird ein Gerät mit Defibrillator, Anschluß für Herzschrittmacher, Blutdruck- und Temperaturmessung sowie Elektrokardiogramm eingesetzt. Für den gesamten aseptischen Operationstrakt wurden zwei fahrbare Röntgen- und Durchleuchtungsgeräte angeschafft. Außerdem stehen vier Dauerbeatmungsgeräte (BIRD) zur Verfügung. Die Operationstische der Firma MAQUET haben eine feste Säule, auf die die Palette gefahren wird. Die Tische sind nach allen Richtungen beweglich. Nach der Operation wird der Patient durch einen Ausleitungsraum, der wieder ein Narkosegerät enthält, ausgeschleust. Vor jedem Operationsraum ist ein Waschraum. Außerdem wurde zum Nachsterilisieren in dem Operationstrakt ein Sterilisationsraum eingerichtet. Für jeweils zwei Säle existiert ein Vorratsraum für Infusionsflaschen, Nahtmaterial etc.

Chefarzt der Anaesthesie-Abteilung ist Dr. SCHMALZ (geb. 22. 1. 1924).

Größere urologische Operationen wie Nieren-, Harnleitersteine, Prostata-Operationen, Geschwulst-Operationen, werden in der Operationsabteilung durchgeführt. Für transurethrale Eingriffe wurde ein Resektionsraum im Erdgeschoß

eingerichtet. Der Raum ist mit einem Operationstisch, einer Sterilwasserquelle sowie Anschlüssen für Lachgas, Vakuum und Druckluft ausgestattet.

In dem kleineren Operationsraum werden Operationen der Harnblase und Harnröhre, ohne daß Harnblase oder Harnröhre freigelegt werden, durchgeführt.
Mehrere Resektoskope stehen für die transurethralen Resektionen zur Verfügung. Auf diesem Wege werden z. B. Blasentumoren entfernt. Das Zertrümmern von Steinen in der Harnblase ermöglicht das Uratgerät.
Die Kryochirurgie der Prostata erfolgt ebenfalls transurethral. Dafür steht das Cryosurgery-System CE 4 zur Verfügung. Langstreckige und kurzstreckige Harnröhrenstrikturen können mit dem Otis-Dettmar-Gerät behandelt werden. Zur nachfolgenden Blutstillung oder auch zur Gewebskoagulation gibt es das Erbotom-Multiplex-Gerät.

Nachdem Chefarzt Dr. MÖHWALD ausgeschieden war, übernahm Professor Dr. RIEDEL (geb. 25. 12. 1935) die Leitung der Urologischen Abteilung.

Benutzt werden die Operationsräume ferner von der Thorax- und Gefäßchirurgie. Die Leitung dieser Abteilung übernahm Dr. KAESE (geb. 9. 1. 1936) am 1. 4. 1974.
Zur weiteren diagnostischen Abklärung von Lungen-Erkrankungen können Broncho- sowie Mediastinoskopien durchgeführt werden. Der Operationskatalog umfaßt die gesamte periphere Gefäß- und Thoraxchirurgie, inklusive den Einbau von Herzschrittmachersystemen.

Die Hals-, Nasen-, Ohren-Abteilung hat einen eigenen Operationsraum. Sie verfügt über 40 Betten und wird von dem Chefarzt Dr. Dr. HARDEN (geb. 31. 5. 1915) geleitet. Außer den Routineoperationen konnte das Programm auf hör-

verbessernde Mikrooperationen des Ohres, Kehlkopfexstirpationen und diagnostisch erweiternd Laryngoskopien sowie Stützautoskopien ausgedehnt werden. Für die Audiologie wurde eine Hörkabine mit Schallschutz gebaut.

In dem gleichen Trakt gibt es je einen augenärztlichen und zahnärztlichen Ambulanzraum. Außerdem befinden sich hier ärztliche Bereitschaftsdienstzimmer und zwei Gottesdiensträume.

Handelt es sich nach einem chirurgischen Eingriff zunächst um ein lebensbedrohliches Krankheitsbild, dann können die Patienten auf der Chirurgischen Wachstation überwacht werden, bis sich die Vitalfunktionen stabilisiert haben. Hierfür wurden ein Raum mit zwei und ein Raum mit vier Betten eingerichtet. Jeder Patient kann automatisch überwacht werden. Außerdem wurden bewegliche Einzelüberwachungsgeräte angeschafft.

Außer der Chirurgischen Wachstation gibt es eine Internistische Intensivstation, die zur Medizinischen Klinik gehört und von Professor Dr. KAZMEIER (geb. 2. 9. 1916) geleitet wird. Hier sind Schwerstkranke in einer personell besonders besetzten technisch speziell ausgestatteten Überwachungseinheit zusammengelegt.
Elektronische Geräte stehen für die Überwachung der Elementarfunktionen zur Verfügung. Mit ihrer Hilfe werden von den Patienten in bestimmten Abständen Herzfrequenz, Elektrokardiogramm, notfalls auch Hirnstromkurve abgerufen. Gleichzeitig wird bei Über- oder Unterschreiten bestimmter Werte akustisch und optisch Alarm ausgelöst. Im Notfall wird eine Elektrotherapie am Herzen durchgeführt, Defibrillation, Elektrostimulation. Bei akutem Nierenversagen oder chronischer Niereninsuffizienz kann eine Peritonealdialyse eingeleitet werden. Die apparative internistische

Diagnostik reicht von der Elektrokardiographie bis zur Ergometrie und telemetrischen Überwachung von Herzinfarkt-Kranken. Zur besseren Erkennung von Anomalien an Hals-, Aortenbogenarterien besteht die Möglichkeit der Ophthalmo-Dynamographie.

Die Internistische Intensivstation liegt auf der Aufnahmestation und ist durch einen Sondereingang, wie ihn auch die Chirurgische Ambulanz hat, schnell zu erreichen. Die Aufnahmestation ist eine wesentliche Neuerung, zumal die Kranken hier zunächst behandelt werden können und erst nach Ausschluß einer Akuterkrankung auf die Allgemeinstation verlegt werden. Außerdem werden auf diese Weise die Patienten nachts durch Neuzugänge nicht gestört. Unter anderem wurden 1974 auf der Intensivstation 166 Herzinfarkte, 11 Lungenembolien, 11 arterielle Verschlußkrankheiten, 14 Massenblutungen in die Hirnsubstanz, 7 Subarachnoidalblutungen und 45 Blutungen in den Magen- und Darmkanal behandelt, um nur einige Krankheitsgruppen zu nennen. 29)

Erschreckend gegen die Zahl der Herzinfarkte ist die Zahl der Vergiftungen von 178, die teils in suizidaler, teils in demonstrativer Absicht geschahen. Nur ein geringer Teil der Vergiftungen war gewerblicher Art. Alarmierend ist ferner die Zahl von Alkoholvergiftungen; 1975 wurden insgesamt 122 aufgenommen. Außer den Infarkten, Vergiftungen und akuten Blutungen werden auf der Intensivstation auch Stoffwechselentgleisungen, z. B. diabetisches Koma, thyreotoxische Krisen, behandelt.

In unmittelbarer Nähe der Internen Aufnahmestation liegt die Infektionsabteilung. Besucher können die Angehörigen nur über einen Balkon erreichen. Durch regelmäßige Kontrolluntersuchungen sowie bessere chemotherapeutische

Wirkungsbreite und gute Lebensbedingungen konnten die Tuberkulose-Erkrankungen weitgehend beherrscht werden, so daß heute vorwiegend Darm- und Lebererkrankungen auf der Infektionsabteilung behandelt werden.

Mit Erkrankungen der Leber, der Galle, der Bauchspeicheldrüse, des Magens, der Speiseröhre und des Darmes beschäftigt sich die Gastroenterologische Abteilung.
Außer den Gastroskopien, Duodenoskopien, Laparoskopien, Koloskopien, Rektoskopien, werden hier endoskopisch retrograde Cholezysto- oder Pankreasographie (ERCP) und Papillotomien durchgeführt. Um besonders gute Sicht in die Gallengänge zu haben, wurde ein Mother-Babyskop angeschafft, das zweite in der Bundesrepublik Deutschland.

Es wurde ein Notfallendoskopie-Dienst eingerichtet, so daß ein eingeübtes Team von Ärzten und Schwestern zu jedem Zeitpunkt endoskopieren kann. Dieses Untersuchungsverfahren ist ebenfalls sehr bedeutend für die Kinderheilkunde, falls Fremdkörper vom Kind verschluckt werden.

Nach Ausscheiden von Professor Dr. SEIFERT (geb. 8. 7. 1932) übernahm Professor Dr. SAFRANY (geb. 22. 3. 1919) am 1. 6. 1977 die Leitung der Gastroenterologischen Abteilung des Reinhard-Nieter-Krankenhauses.

Es ist noch hervorzuheben, daß eine diplomierte Ernährungsberaterin die Diäten zusammensetzt und die Patienten über Notwendigkeit und Möglichkeit der verschiedenen Sonderkostformen berät.

Die Röntgenabteilung ist im Flachfuß in Fortsetzung der Eingangshalle untergebracht und liegt damit unmittelbar neben der Chirurgischen Unfallabteilung. Andererseits ist sie durch zahlreiche Aufzüge des Bettenhochhauses von allen Stationen schnell zu erreichen.

Die Radiologische Abteilung gliedert sich in

a) Röntgendiagnostik

Hierfür stehen fünf linear angeordnete Arbeitsplätze zur Verfügung. Zwei Plätze davon verfügen über ein Durchleuchtungsgerät und sind mit einem Röntgen-Fernsehen ausgestattet. Für Schichtuntersuchungen gibt es ein Spezialgerät (Horizontalpolyton), welches Schichtuntersuchungen in verschiedenen Ebenen ermöglicht. Für Mammographien gibt es einen Extraraum. Gefäßuntersuchungen werden ebenfalls in einem gesonderten Raum durchgeführt, der mit einem modernen Katheter-tisch, Schnellserienwechsel, AOT, und einer Hochdruck-spritze für Kontrastmittelinjektionen eingerichtet ist.

Die Filmverarbeitung erfolgt automatisch in Entwicklungs-maschinen der Firma Kodak.
Dem Anaesthesisten stehen in allen wichtigen Röntgen-räumen Leitungsanschlüsse für Sauerstoff, Lachgas und Druckluft zur Verfügung.

b) Strahlentherapie

An den drei Arbeitsplätzen können konventionelle Röntgenbestrahlungen, wie Tiefen- und Halbtiefentherapie, sowie Nah- und Oberflächenbestrahlungen durchgeführt werden. Für oberflächliche Krankheitsprozesse der Haut und Schleimhaut gibt es die Behandlungsmöglichkeit der Beta-Strahlung geschlossener Strontium - 90 - Ytrium - 90 Präparate (Derma-Platte).

Abgeschirmt gegen Strahlung (Bunker) steht in einem gesonderten Raum eine 2ooo Curie-Quelle einer Teleko-balt-Bestrahlungsanlage zur Verfügung, so daß Tumoren jeglicher Organlokalisation bestrahlt werden können.

c) Radium und Nuklearmedizin

Für die gynäkologische Tumorbehandlung mit Radium sowie besondere Formen der Radiumapplikation gibt es einen entsprechenden Operationssaal in der Strahlenabteilung. In unmittelbarer Nachbarschaft des Operationsraumes befindet sich eine kleinere Station mit drei Einzelzimmer für die Isolierung der mit radioaktiven Substanzen behandelten Patienten. Eine für die Station eingerichtete Toilette hat einen eigenen Abklingschacht.

Mit modernsten Meßgeräten werden in der Nuklearmedizinischen Abteilung diagnostische Untersuchungen an Organen, die radioaktive Stoffe eingelagert haben, z. B. Schilddrüse, Niere, Gehirn, Leber und Milz durchgeführt. Für die Lokalisationsdiagnostik wurde ein moderner Scanner angeschafft.

Leiter der Radiologischen Abteilung ist Chefarzt Dr. STOESSEL (geb. 17. 3. 1927).

Auf den 34 Betten-Stationen gibt es Ein-, Zwei-, Drei- und Sechs-Bettzimmer. In fensterlosen Garagen stehen für die Zugänge desinfizierte Betten, die nicht mehr von den Schwestern gerichtet zu werden brauchen, sondern fix und fertig aus der Bettenzentrale kommen, bereit.
Die pflegerischen Aufgaben erfüllen Rotkreuz- und freie Schwestern.

An der folgenden Zeichnung im Anhang sieht man durch die Dienstzeitverkürzung bedingt das personelle Anwachsen im pflegerischen und ärztlichen Bereich.

Im Zentrallaboratorium stehen Arbeitsplätze für Knochenmarkuntersuchungen, Blutbilder, sowie chemische und

mikroskopische Untersuchungen zur Verfügung. Der LKB-Enzymautomat, Autoanalyser sowie das Autozytometer erleichtern viele Arbeitsgänge.
Komplizierte Fermentuntersuchungen oder Dünnschichtchromatographien und blutchemische Teste können durchgeführt werden. Außerdem ist die Möglichkeit der Resistenzbestimmung gegenüber Antibiotika gegeben.
Das Zählen von roten und weißen Blutkörperchen, von Blutplättchen ist automatisiert. Durch das Umstellen der meisten chemischen Reaktionen auf das Mikrolitersystem reichen kleinste Blut- und Serummengen zur Bestimmung aus.

Die Bäderabteilung im Sockelgeschoß wird von allen Abteilungen benutzt. Sie teilt sich in eine trockene und nasse Seite. Es werden Unterwasserdruckstrahlenmassagen, medizinische Wärmebäder sowie hydrogalvanische Bäder verabfolgt.

In einem Kneippraum können Wechselbäder, Blitzstrahlduschen, Teil- und Ganzgüsse ausgeführt werden. Andererseits werden Behandlungen mit galvanischem und faradischem Strom, Fangopackungen, Handmassagen, vorgenommen.

Ein Gymnastikraum bietet die Möglichkeit in Einzel- oder Gruppengymnastik zu therapieren. Auch findet hier die Schwangerengymnastik statt.

Reinhard-Nieter-Krankenhaus

Entwicklung der Krankenhausstatistik von 1967 bis 1971

Jahr	1968	1969	1970
Krankenbetten insgesamt		700	700
planmäßige		700	700
überplanmäßige		-	-
stationär behandelte Personen			
am Jahresanfang		362	461
Zugänge		11.701	11.835
Abgänge		11.602	11.900
davon durch Entlassung		-	-
Tod		717=6,2%	686=5,8%
am Jahresende		461	396
Pflegetage		204.091	199.326
durchschnittliche Belegung je Tag		559,1	546,1
Bettenausnutzung i. H.		79,9	78,0

Zusammengestellt aus den Statistischen Jahresberichten und Verwaltungsberichten der Stadt Wilhelmshaven.

Reinhard-Nieter-Krankenhaus

Entwicklung der Krankenhausstatistik von 1971 bis 1974

Jahr	1971	1972	1973	1974
Krankenbetten insgesamt	700	700	700	700
planmäßige	700	700	700	700
überplanmäßige	-	-	-	-
stationär behandelte Personen				
am Jahresanfang	396	373	385	327
Zugänge	12.501	12.386	12.388	13.380
Abgänge	12.524	12.373	12.446	13.389
davon durch Entlassung	-	-	-	-
Tod	641=5,1%	613=5%	628=5%	675=5%
am Jahresende	373	385	327	318
Pflegetage	204.911	198.435	205.491	206.740
durchschnittliche Belegung je Tag	561,4	543,7	563,0	566,4
Bettenausnutzung i.H.	80,2	77,7	80,4	80,9

Zusammengestellt aus den Statistischen Jahresberichten und Verwaltungsberichten der Stadt Wilhelmshaven.

III Zusammenfassung

Aus der Geschichte der Krankenanstalten in Wilhelmshaven sieht man, daß die krankenhausmäßige Versorgung organisch mit den historischen und industriellen Ereignissen der Stadt unmittelbar verbunden ist. Mit Errichtung der Hafenanlagen erkannte man, daß das Marschengebiet von Seuchen betroffen war, wie z. B. der Malaria, den Pocken und die "miasmatisch-kontagiöse Augenkrankheit". Die Kranken wurden zunächst in Baracken untergebracht.

Auf Grund der sozialen Gesetzgebung sowie dem Wunsch, die Marineangehörigen gesund zu erhalten, sah sich die Marineindendantur mit Gründung eines Kriegshafens gezwungen, ein Lazarett zu bauen. Auf einem großen Baugelände begann der Bau eines Lazarettgebäudes.
Das Marinelazarett wuchs mit den medizinischen und technischen Anforderungen und war für die damaligen Verhältnisse hervorragend ausgestattet.
Schon sehr früh gab es die Gliederung in verschiedene medizinische Fachbereiche wie z.B. Innere, Chirurgie, Psychiatrie, Hals-Nasen-Ohren, Augen, Dermatologie.

Zur diagnostischen Abklärung konnten in dem eigenen Hygieneinstitut wichtige chemische und bakteriologische Untersuchungen durchgeführt werden. Für serologische Reaktionen stand ein Tierstall mit Versuchstieren zur Verfügung. Außerdem gab es im Marinelazarett eine moderne Schlickbäderanlage. Bis 1876 wurden auch Kranke aus der Zivilbevölkerung aufgenommen. Da es mit den Finanzen der jungen Stadt nicht gut aussah, Geldmittel in Hannover nicht bewilligt wurden, richtete man zunächst in einem Sielhaus ein provisorisches Krankenhaus mit 14 Betten ein.

Um die in den 80er Jahren gegründeten Gesetze über Arbeiterschutz und Arbeiterversicherung nicht zu übertreten, half sich die Werft mit dem Bau eines eigenen Krankenhauses. Frauen und Kinder wurden auch aufgenommen. Städtische Kranke fanden ebenfalls Aufnahme. Das Werftkrankenhaus paßte sich den neuesten diagnostischen Erkenntnissen in seiner technischen Ausstattung stets an und schaffte schon früh Röntgengeräte sowie eine Bestrahlungsanlage an. Da der Verpflegungssatz im Werftkrankenhaus den Zivilkranken jedoch zu hoch war, baute Wilhelmshaven 1889 mit einem Kostenaufwand von 173.356 M ein eigenes Krankenhaus mit einer Inneren und Chirurgischen Abteilung, sowie Belegabteilungen für Hals-Nasen-Ohren-, Augen-Kranke und Frauenkrankheiten.

Außerdem gab es seit 1905 ein privates katholisches Hospital, das lange Zeit Belegkrankenhaus war und pflegerisch von Ordensschwestern betreut wurde. Seit 1898 hatten Schwestern aus christlicher Nächstenliebe in Wilhelmshaven eine ambulante Krankenpflege eingerichtet. Das war eine große Hilfe, besonders für die Arbeiterfamilien, da die Krankenkassenbeiträge für die damaligen Verhältnisse noch hoch waren und die Familien, um die Krankenhauskosten zu sparen, es vielfach vorzogen, sich zu Haus behandeln zu lassen. Auch erfolgten Krankenhausentbindungen nur im Notfall, so daß die meisten Schwangeren im Haus entbanden und für jede Hilfe dankbar waren. Die Wohnungen waren sehr klein und die hygienischen Voraussetzungen für eine Hausentbindung häufig nicht gegeben. Vorübergehend gab es zwei private Entbindungsanstalten. Ebenfalls richteten drei Ärzte in der Viktoriastraße zur Nachbehandlung von Operierten eine Privatklinik ein.

Die stationäre Pflege und Versorgung kranker Kinder geschah zunächst in einem Armenhaus in Rüstringen. Erst 1928 wurde

in dem Paul-Hug-Kinderheim eine Abteilung für kranke Kinder eingerichtet und von einem Facharzt für Pädiatrie betreut.

Während des Zweiten Weltkrieges wurden die Krankenanstalten in Wilhelmshaven stark beschädigt und die ärztliche Versorgung konnte nur unter Schwierigkeiten aufrecht erhalten werden.
Nach der Kapitulation mietete die Stadt das Werftkrankenhaus und Marinelazarett und schloß sie mit dem Paul-Hug-Kinderheim zu den "Städtischen Krankenanstalten" zusammen. Obgleich die technische Ausstattung den modernsten medizinischen Anforderungen entsprach, war die optimale Versorgung der Kranken durch fehlende Aufzüge, weite Wege zwischen den verschiedenen Abteilungen, die teilweise durch eine verkehrsreiche Straße voneinander getrennt waren, und hygienische Verhältnisse nicht gegeben. Man diskutierte zunächst den Umbau der Städtischen Krankenanstalten, entschloß sich jedoch nach zahlreichen Verhandlungen und Überlegungen zur Errichtung eines neuen Krankenhauses an der Peripherie.

1967 wurde dann nach den neuesten technischen und architektonischen Erkenntnissen das Reinhard-Nieter-Krankenhaus mit 700 Betten gegenüber der Stadtparkkolonie an der Paffrathstraße eingeweiht. Es gilt als Hauptschwerpunktkrankenhaus und ist von der Universität Göttingen zum Akademischen Lehrkrankenhaus ernannt worden.
Neben dem Reinhard-Nieter-Krankenhaus gibt es noch das katholisch-konfessionelle St. Willehad-Hospital mit 330 Betten. Dem Krankenhaus ist eine Sozialstation für die ambulante Krankenpflege angeschlossen.

Literaturverzeichnis:

I. Aktenmaterial:

Bundesarchiv Freiburg:

1. RM 1/V 379
2. RM 1/V 456
3. RM 1/V 4162
4. RM 3/V 4163
5. RM 3/V 4164

Staatsarchiv Aurich:

6. Rep. 21a, Nr. 7801
7. Rep. 21a, Nr. 5380
8. Rep. 21a

Stadtarchiv Wilhelmshaven:

9. Bestand 128
10. Bestand 3053
11. Geschichte der Altenheime

Gesundheitsamt Wilhelmshaven:

12. Nr. 14 - 8 Hebamme VALLY BILDT
13. Handakte Dr. ZÜRCHER

St. Willehad-Hospital Wilhelmshaven:

14. Aktenmaterial

Reinhard-Nieter-Krankenhaus Wilhelmshaven:

15. Denkschrift über die Notwendigkeit eines Krankenhausneubaues der Stadt Wilhelmshaven Nr. 70 - 1
16. Niederschriften über Besprechungen wegen des Krankenhausneubaues Nr. 70 - 2 Band I
17. Nr. 70 - 2 Band II
18. Bezirksausschuß für die Einstufung von Krankenanstalten Nr. 03 - 2
19. Gruppenzuordnung Nr. 03-2-1 (03-1-2)
20. Landesentwicklungsplan Nr. 00 18 4
21. Akademisches Lehrkrankenhaus Nr. 70 - 41 Band I
22. Nr. 70 - 41 Band II

23. DKI (Deutsches Krankenhausinstitut)
24. Paul-Hug-Kinderheim, Banter Weg
    Nr. 10 - 5
25. Grundstücke und Gelände des früheren
    Marinelazaretts, Weserstraße 5
    Nr. 10 - 6
26. Mietzins Werftkrankenhaus
    Nr. 10 - 6 - 1
27. Infektionsgebäude
    Nr. 10 - 7
28. Aktenmaterial Kinderklinik Wilhelmshaven
    Frühgeborene und lebensschwache Neugeborene
29. Tätigkeitsbericht der I. Medizinischen Klinik

Privatakte H. BRÜNING, Wilhelmshaven

30. Chronik des Marinelazaretts Wilhelmshaven
31. 1937
32. 1938
33. 1939
34. 1940
35. 1941
36. 1942
37. 1943
38. 1944

Zeitungsmaterial:

39. a) Das Krankenhaus
    b) Kriegsmarine
    c) Der Lebensabend
    d) Nordwest-Zeitung
    e) Norddeutsche Rundschau
    f) Norddeutsches Volksblatt Bant
    g) Sonntagsblatt
    h) Stern
    i) Wilhelmshavener Courier
    j) Wilhelmshavener Zeitung
    k) Oldenburgische soziale Anstalten

Sekundärliteratur:

40. ADAMS, D.: Krankenhausmanagement im Konfliktfeld zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Zielen. Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Geibler, Wiesbaden (1972)

41. AHNER, H.: 100 Jahre Wilhelmshaven, Wilhelmshaven (1955)

42. AHNER, H.: Hafenbauer gründeten Wilhelmshaven. Wilhelmshaven (1964)

43. AHNER, H.: Wilhelmshavener Chronik. Beilage der Wilhelmshavener Zeitung vom 7. 12. 1968 bis 14. 9. 1969

44. AXENFELD, Th.: Lehrbuch der Augenheilkunde, Jena (1919) Verlag Gustav Fischer

45. BAUER, W.: Geschichte des Marinesanitätswesens bis 1945. Marine Rundschau (Beiheft 4) Berlin, Frankfurt (1958)

46. BEUTZ, H.: Einiges aus der Vergangenheit und der Gegenwart der Stadt Wilhelmshaven. Wilhelmshaven (1958)

47. BOCH : Fünf Jahre Aufbau einer zerstörten Stadt 1945 - 1950 (Typoskript) Wilhelmshaven

48. BRUNE, W.: (Hrsg.) Wilhelmshavener Heimatlexikon. Wilhelmshaven (1972)

49. Dokument Wilhelmshaven: Eine Stadt wird 100 Jahre. Wilhelmshaven (1969)

50. DUNGER, I.: Wilhelmshaven 1870-1914, Staats-, Kommunal- und Parteipolitik im Jadegebiet zwischen Reichsgründung und Erstem Weltkrieg. Wilhelmshaven (1962)

51. Die Genossenschaft der Krankenschwestern des hl. Franziskus von St. Mauritz-Münster

52. GRUNDIG, E.: Chronik der Stadt Wilhelmshaven. 2 Bde. Wilhelmshaven (1957) (Typoskript).

53. GRUNEWALD, A.: (Hrsg.) Wilhelmshaven-Tidekurven einer Seestadt. Wilhelmshaven (1969)

54. HARTOG, D.: Wilhelmshaven. Ein Bildbericht, eingeleitet von H. AHNER, Wilhelmshaven (1956)

55. HAS, L. u. A. EVERS: Wilhelmshaven 1853 - 1945. Erinnerungen. Ein Bildband zur Geschichte der Stadt Wilhelmshaven (1961)

56. Hundert Jahre Katholische Kirche Wilhelmshaven. Wilhelmshaven (1960)

57. KOCH, P. : 50 Jahre Wilhelmshaven. Ein Rückblick auf die Werdezeit. Berlin (1919)

58. KRAFT, E.: 80 Jahre Arbeiterbewegung zwischen Meer und Moor. Ein Beitrag zur Geschichte der politischen Bewegung in Weser-Ems. Wilhelmshaven (1952)

59. Krankenhausneubau Wilhelmshaven. Eine Dokumentation der Stadt Wilhelmshaven über die Krankenanstalten der Stadt Wilhelmshaven anläßlich der Einweihung des neuen Krankenhauses am 25. November 1967. Wilhelmshaven (1967)

60. Von KROHN, L.: Vierzig Jahre in einem deutschen Kriegshafen. Erinnerungen. Wilhelmshaven (1905)

61. Marinewerft 75 Jahre Wilhelmshaven. 1856-25.Juni 1931. Wilhelmshaven (1931)

62. Marinelazarett: Arbeitsordnung für Arbeiter. Wilhelmshaven (o.J.)

63. MROWIETZ, A.: Autochthone Malaria im Niedersächsischen Verwaltungsbereich Oldenburg unter besonderer Berücksichtigung der Jahre 1946-1948. Med. Diss. Düsseldorf, 1951.

64. MURKEN, A.H.: Die Entwicklung des Krankenhausneubaues im 19. Jahrhundert. Med.Mschr. 24 (1970) 406-453

65. MURKEN, A.H.: Krankenhausbau im 19. Jahrhundert. Ein Beitrag zur Krankenhausarchitektur. Hist. Hosp. H 5 (1970) 15-29

66. MURKEN, Th.: Mit Krankenbaracken fing es an - Wilhelmshavens Krankenhäuser in der Vergangenheit. Krankenhausneubau Wilhelmshaven (1967) 12-19

67. NOTHOLT, E.: (Hrsg.) Wilhelmshaven - Stadt und Landschaft am Meer. Wilhelmshaven (1958)

68. RICKELS, K.: Die wirtschaftliche und soziale Lage der Wilhelmshavener Werftarbeiter mit besonderer Berücksichtigung der Einwirkungen der Nachkriegszeit. Jur. Diss. Münster (1921)

69. ROTH, M.: Die Geschichte des Wechselfiebers im Herzogtum Oldenburg. Jahrbuch d. Geschichte des Herzogtums Oldenburg, H. 15 (1915) 56 - 88

70. SOTT, W.: Das Vorkommen von Malaria in Ostfriesland. Med. Diss. Münster (1935)

71. SCHACHNER, B.: Zum Neubau des Krankenhauses der Stadt Wilhelmshaven. Krankenhausneubau Wilhelmshaven. (1967) 8 - 11

72. SCHACHNER, B.: Überlegungen zum Entwurf von pädiatrischen Abteilungen. Krankenhaus, 58 (1966) 271 - 283

73. SCHADEWALDT, H.: Idee und Wirklichkeit des Krankenhauses im 19. Jahrhundert. Krankenhaus, 63 (1971) 286 - 291

74. SCHADEWALDT, H.: (Hrsg.) Studien zur Krankenhausgeschichte im 19. Jahrhundert im Hinblick auf die Entwicklung in Deutschland. Vorträge des Symposiums der Deutschen Gesellschaft f. Krankenhausgeschichte e.V. vom 23. 3. bis 24. 3. 1972 Berlin. (Studien zur Medizingeschichte im 19. Jahrhundert, Bd. 7 Göttingen (1976)

75. SCHRÖDER, O.: Krankenunterkunft und Lazarettbau. Lehrbuch der Militärhygiene. Hrsg. von A. WALDMANN und W. HOFFMANN, Berlin (1936) 239 - 259

76. SCHUMANN, W.: Die neuen Städtischen Krankenanstalten Wilhelmshaven. Krankenhausneubau Wilhelmshaven (1967) 4 - 7

77. SCHWANHAUSER, C.: Aus der Chronik Wilhelmshaven. Wilhelmshaven (1926)

78. SIEMER, J.: Wilhelmshaven: Gestern, heute, morgen. Bad Godesberg (1959)

79. Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1974. Wiesbaden (1974)

80. STOESSEL, H. G., P. DALQUEN u. U. CARSTENS: Zur Frage des Pleuramesothelioms bei Werftarbeitern. Fortschr. Röntgenstr. 116 (1972) 41 - 45

81. STOESSEL, H. G.: Pleuratumoren bei Werftarbeitern in Wilhelmshaven.
Niedersächsische Röntgentagung in Wilhelmshaven 16. Juni 1973.

82. TERBECK, G.: Zur Geschichte der Malariabekämpfung in Ostfriesland.
Gesundheitswesen H 9 (1967) 412 - 416

83. WALDEYER-HARTZ, H. von: Preußens Flottenpolitik 1852 und die Gründung Wilhelmshavens.
Oldenburger Jahrbuch des Vereins für Landesgeschichte und Altertumskunde (1937)

84. WELGE, K. und Th. MURKEN: Dokument Wilhelmshaven, Frieden, Zerstörung, Aufbau. Wilhelmshaven 1944 - 1949 (1969)

85. Wilhelmshaven 1945 bis 1952: Ein Bericht über den Wiederaufbau unserer kommunalen Verwaltung und des Wirtschaftslebens unserer Stadt. (1952)

86. Wilhelmshaven in Zahlen: Statistischer Bericht für die Jahre 1950 bis 1953. Hrsg. vom Statistischen Amt der Stadt Wilhelmshaven (1954)

87. Stadt Wilhelmshaven: Statistischer Jahresbericht 1947. Hrsg. vom Statistischen Amt der Stadt Wilhelmshaven (1947)

88. Stadt Wilhelmshaven: Verwaltungsberichte. Hrsg. vom Hauptamt der Stadt Wilhelmshaven. 1952-1974

89. Wilhelmshaven: Ein Gedenkblatt an die Einweihung des ersten Deutschen Kriegshafens an der Jade. 17. Juni 1869. Oldenburg (o.J.)

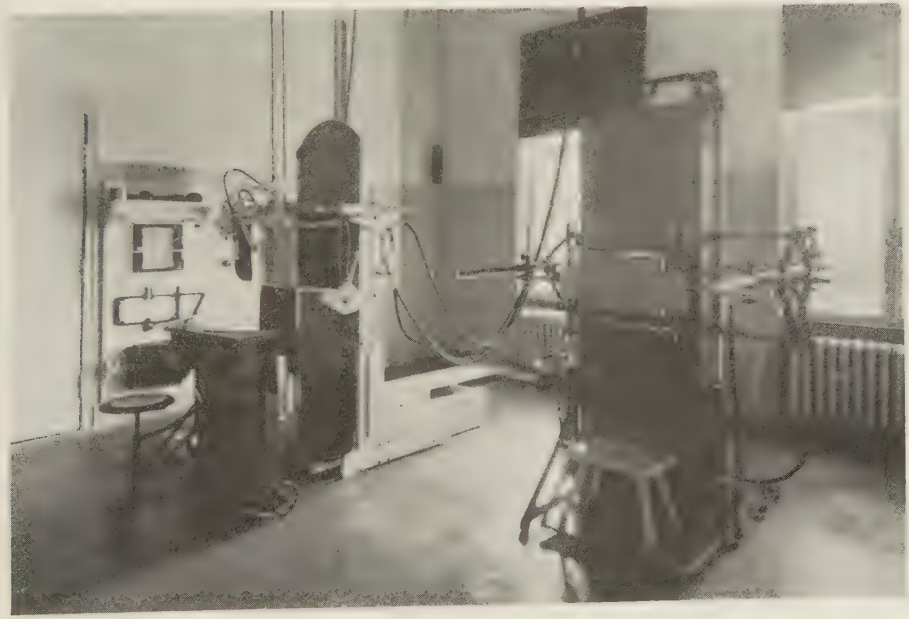
90. Das 100 jährige Wilhelmshaven: Eine chronikartige Zusammenstellung von Land und Leuten, Stadt und Marine, von unserer Heimat.
Wilhelmshaven (1955)

91. WINTER, K. E.: Das Ende der Emder Malaria.
Öff. Ges. Dienst 7 (1955) 260

Hauptgebäude des Marinelazaretts

Marinelazarett - Operationsraum

Marinelazarett - Baderaum in der Bäderabteilung



Marinelazarett - Durchleuchtungszimmer

Marinelazarett - Röntgenraum

Marinelazarett - Spritzraum

Marinelazarett - Sektionsraum

Marinelazarett - Tierstall

Werft-Krankenhaus

Werft-Krankenhaus - Operationssaal

Werft-Krankenhaus - Kinderzimmer

Städtisches Krankenhaus

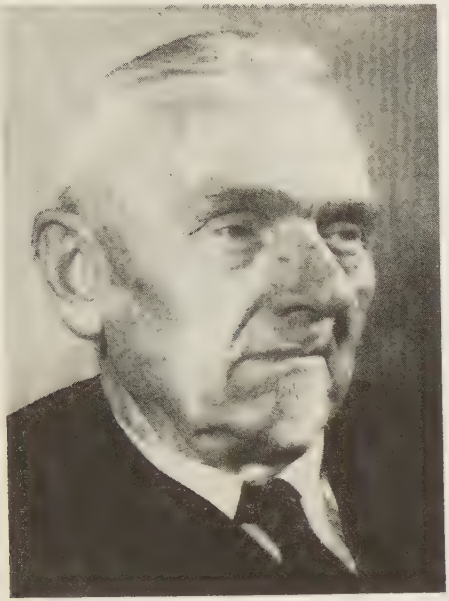
Paul-Hug-Kinderheim

Vorderansicht des St. Willehad-Hospitals

St. Willehad-Hospital - Säuglingszimmer

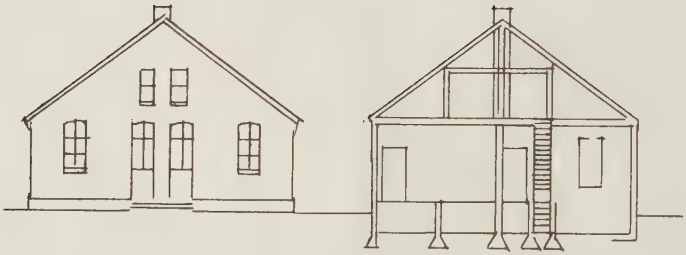
St. Willehad-Hospital - Operationssaal

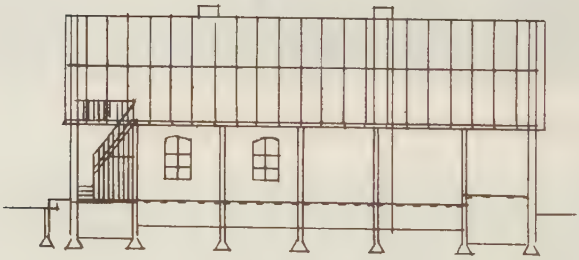
St. Willehad-Hospital

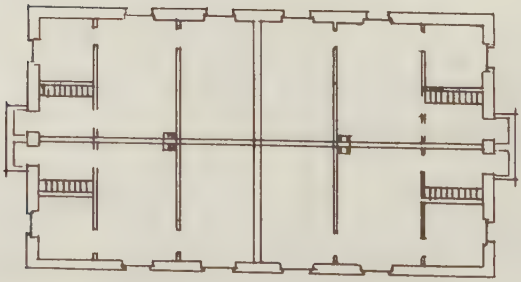


REINHARD NIETER (1883 - 1964)

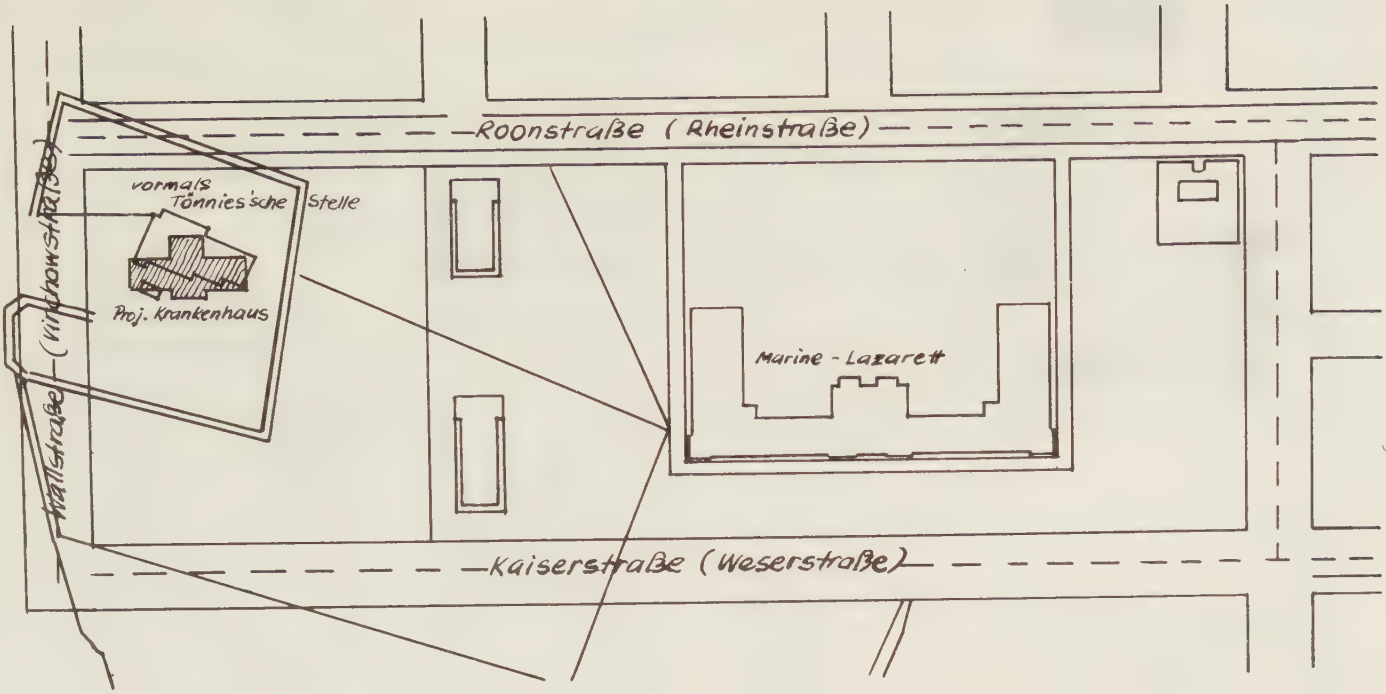
Reinhard-Nieter-Krankenhaus







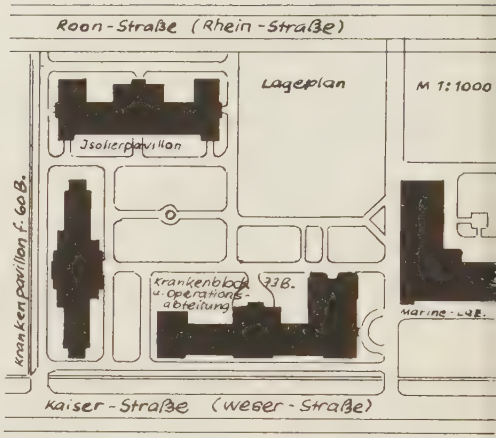
S i e l h a u s



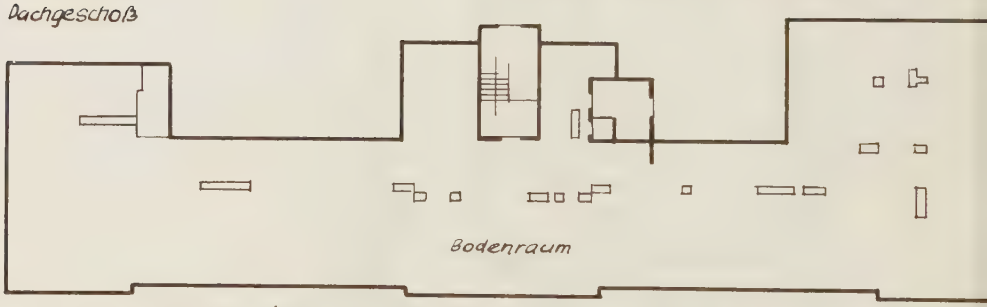
Zeichnung nach Taaks 1877

Krankenhausblock für 73 Betten
nebst Operationsabteilung
beim Marinelazarett in Wilhelmshaven

nach
Zeichnung vom 14. Juni 1919
Marine-Garnison Bauamt



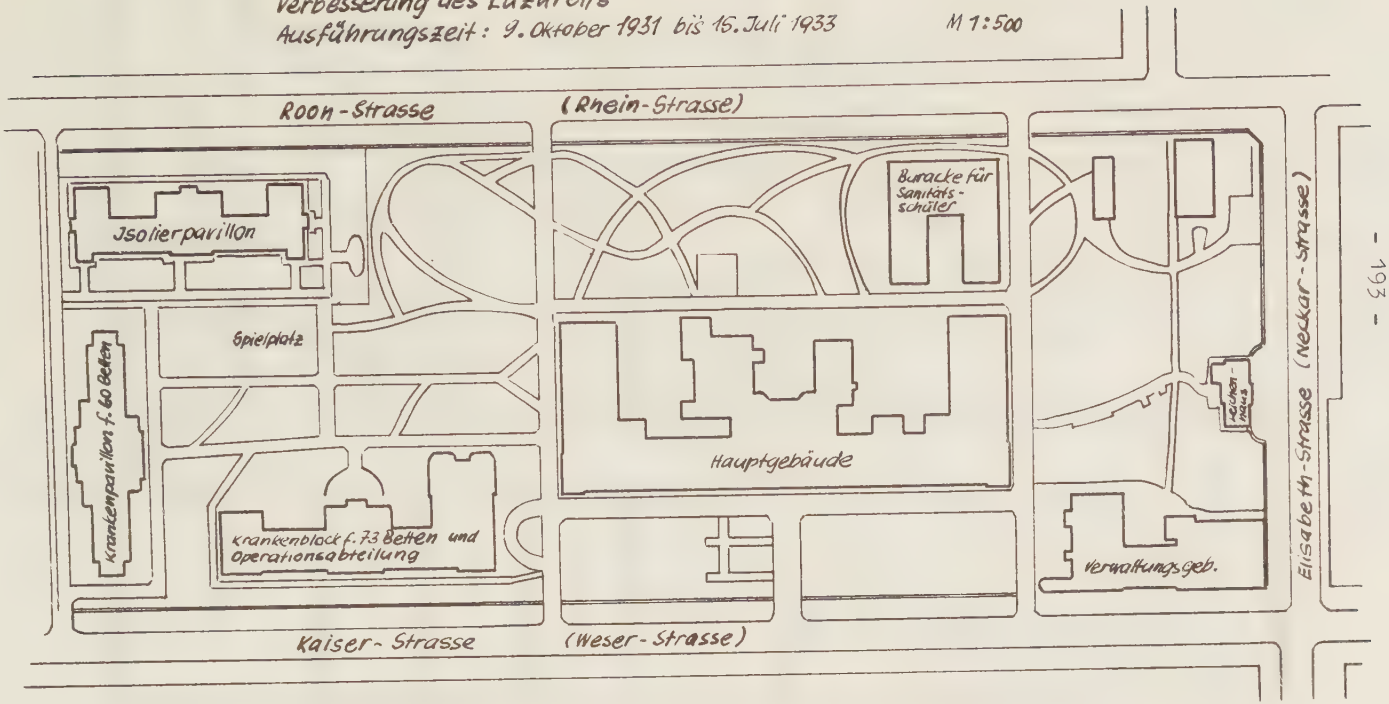
Dachgeschoß



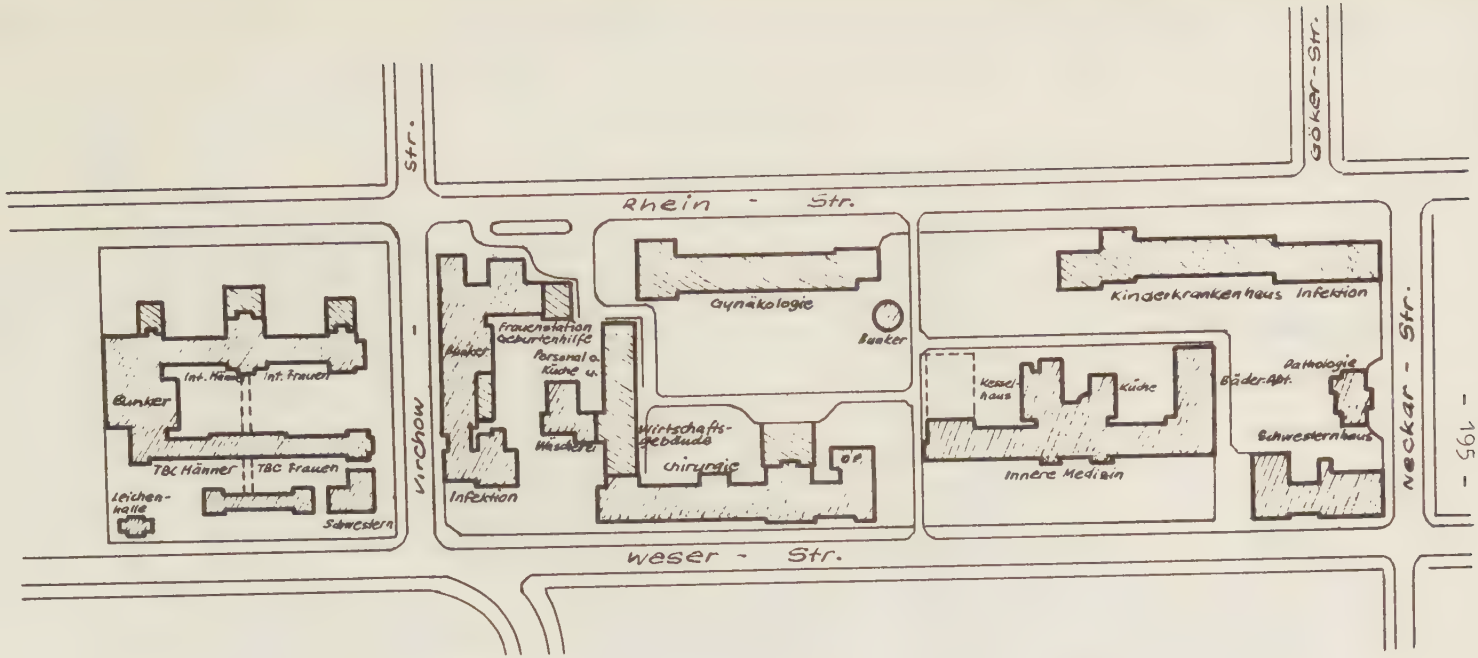
Nr	qm	cbm	Benutzungsweise	Nr	qm	cbm	Benutzungsweise	Nr	qm	cbm	Benutzungsweise
66	24,0	102,0	Abort	75	25,00		Treppenhaus	85	36,0	153,0	4 Betten
67	8,52	25,99	"	76	13,16	55,93	Reinig.-Geräte	86	40,02	170,09	4 "
67a			"	77	12,22	51,94	Anrichte	87	18,21	77,39	1 Bett für Port. Unteroff.
68	89,06	378,51	10 Betten	78	36,75	156,19	Flur	88	31,72	134,81	2 Offiziere
69	47,28	200,94	Flur	79	17,28	73,44	2 Betten	89	22,47	95,50	1 Offizier
70	37,32	158,61	4 Betten	80	36,00	153,0	Tagesraum	90	19,88	84,49	Flur
71	37,32	158,61	4 Betten	81	17,22	73,19	Sanitätspers.	91	19,64	83,47	Abort
72	37,38	198,87	4 Betten	82	67,90	288,58	Flur	92	11,68	49,64	Bad
73	8,69	36,93	Waschraum	83	9,11		Pers.-Aufzug	93	11,86	50,41	Wäsche
74	18,48	78,54	Bad	84	35,95	152,74	4 Betten	94	22,47	95,50	1 Offizier

Obergeschoß

Marine - Lazarett zu Wilhelmshaven
- Lageplan -
Verbesserung des Lazaretts
Ausführungszeit: 9. Oktober 1931 bis 16. Juli 1933 M 1:500

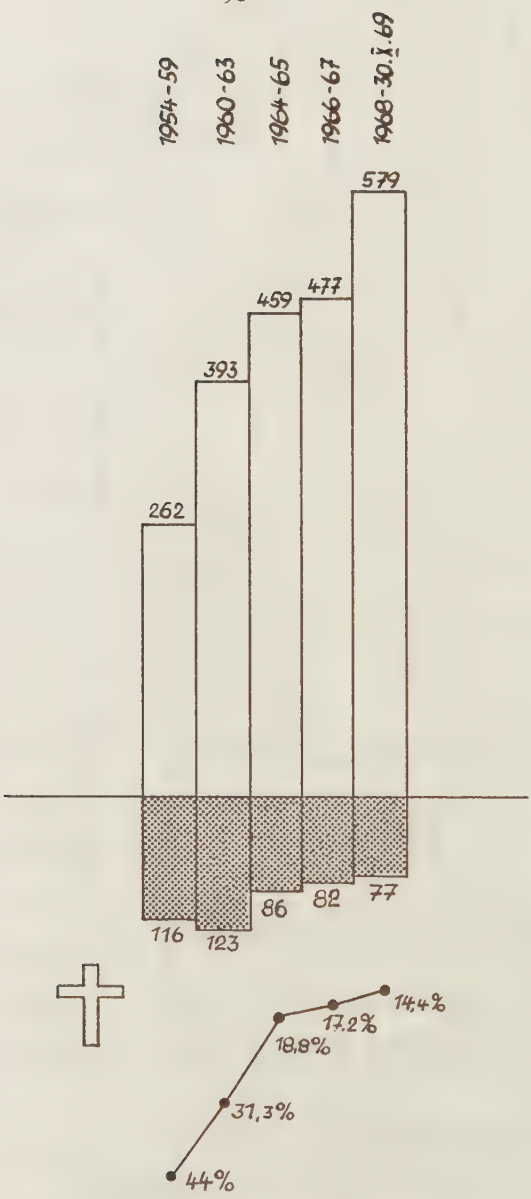


THERAPIE
RÖNTGEN-DIAGNOSTIK
TERRASSE Z. BETTENLÜFTEN
DIATHERAPIE HÖHENSONNE
DUNKELK.
2 BETTEN
1 BETT
2 BETTEN
2 BETTEN
WASCHR.
TAGESRAUM
4 BETTEN
4 BETTEN
4 BETTEN
9 BETTEN
LABOR
ARZT
SEPT.-OP.-ZIM.
TEE-KÜCHE
BAD
STERIL-ZIM.
VOR-ZIM.
ASEPT OP. ZIM.
ST. WILLEHAD-HOSPITAL WILHELMSHAVEN
I. STOCK / MÄNNERABT.
28 BETTEN
FEBRUAR 1927

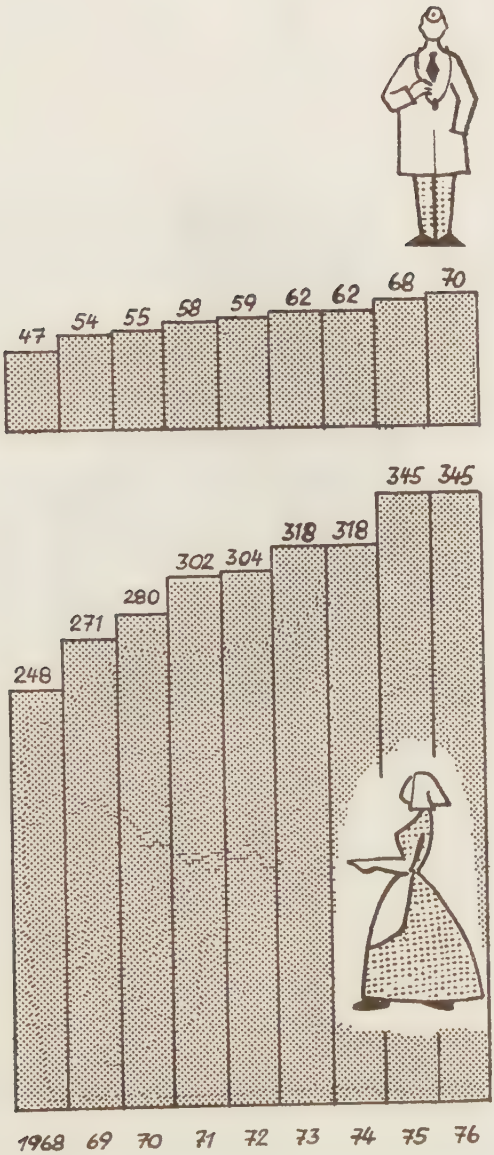


Städt. Krankenanstalten
Wilhelmshaven
- Erweiterung u. Neuplanung -

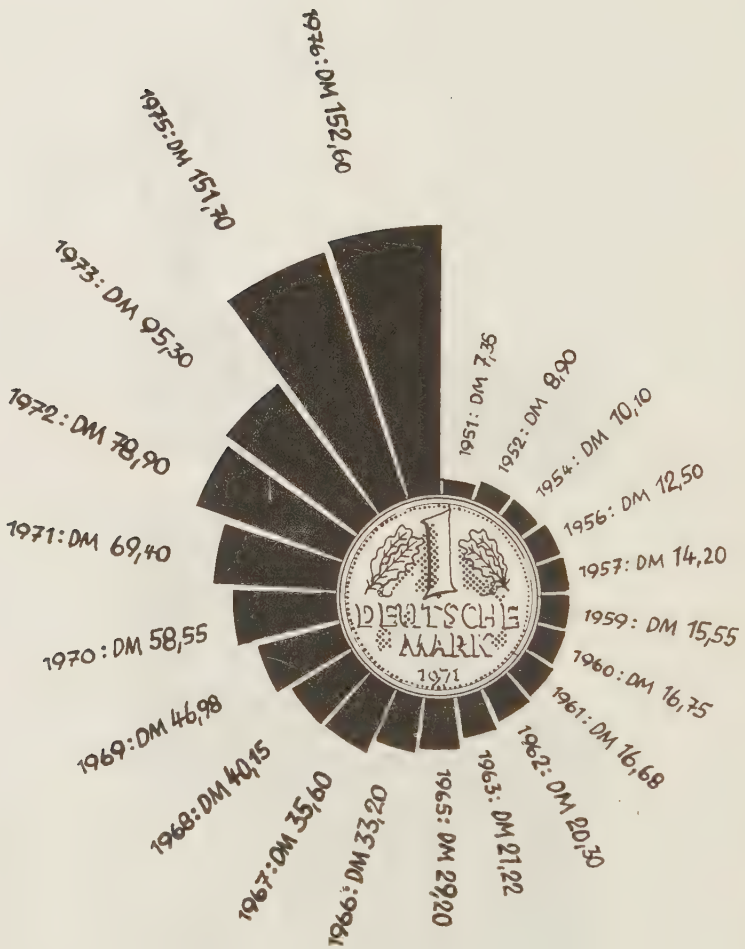
Wilhelmshaven, den 17.3.1956



Frühgeborene und lebensschwache Neugeborne
vom 1. 1. 1954 bis 30. 9. 1969
entnommen aus der Privatakte von Prof. Dr. MENZEL



Zunahme der personellen Besetzung von 1968 bis 1976



Zunahme der Pflegekosten von 1951 bis 1976

Herrn Professor Dr. S c h a d e w a l d t
danke ich sehr herzlich für die Überlassung
des Themas und für seine stets freundliche
Unterstützung bei der Durchführung der Arbeit.

Herrn Professor Dr. K a z m e i e r danke ich
ergebenst für die Übernahme des Korreferates.

Lebenslauf:

Am 13.6.1940 wurde ich, Adelgunde, Almuth, Margarethe Rohlfs, als viertes Kind des Lehrers Dietrich Rohlfs und seiner Ehefrau Alma, geb. Janssen in Esens, Ostfriesland geboren.
Nach dem Besuch der Volksschule in Esens, des Gymnasiums in Aurich und Langeoog, sowie einigen praktischen Berufsjahren in England, legte ich nach einem Vorbereitungskurs an der Volkshochschule in Lübeck am 31.10.1963 die Fremdenreifeprüfung ab.
Zunächst studierte ich Erziehungswissenschaften an der Universität Hamburg, wandte mich aber 1965 dem Medizinstudium zu und besuchte Vorlesungen an den Universitäten Hamburg, Frankfurt, Freiburg und der Medizinischen Akademie in Lübeck.
Am 16.12.1971 legte ich die Ärztliche Prüfung in Hamburg ab.
Nach der Medizinalassistentenzeit auf der Chirurgischen Abteilung des St. Johannes-Hospitals in Varel, der Psychiatrischen Abteilung im Landeskrankenhaus Osnabrück, der Inneren Abteilung der Findorf-Klinik in Bremen, bin ich seit der Approbation 1974 auf der Inneren Abteilung des Reinhard-Nieter-Krankenhauses in Wilhelmshaven tätig und beabsichtige die internistische Ausbildung abzuschließen.

Düsseldorfer Arbeiten zur Geschichte der Medizin

1. **Die Geschichte der angeborenen Herzkrankheiten** von Dr. Hanne Heinrich (vergriffen)
2 **Das Leben und Wirken des Würzburger Frauenarztes Friedr. Wilh. Scanzoni v. Lichtenfels** von Dr. Charlotte Hartmann (vergriffen)
3 **Leibesübungen, ein Heilmittel in der Medizin der Antike** von Dr. Willi Hofmann (vergriffen)
4 **Die Briefe Konrad Gesners an Crato von Krafftheim nach der Briefsammlung von 1566** von Dr. Egon Helmich (vergriffen)
5 **Geh. San.-Rat Dr. med. Jakob Hermann Bockenheimer** von Dr. Stefan Elbers (vergriffen)
6 **Gesundheits- und Medizinalwesen in Gangelt** von Dr. Edmund Hennes (vergriffen)
7 **Friedrich Theodor Frerichs. Sein Leben und seine Werke. 1819-1885** von Dr. Hildegard Kurz (vergriffen)
8 **Briefe Konrad Gesners an seine Freunde Gasser und Culmann** von Dr. Hans Peine (vergriffen)
9 **Die Verdienste des Heidelberger Professors Friedrich Tiedemann und die Entwicklung der Heilkunde** von Dr. Konrad Lickteig (vergriffen)
10 **Die Geschichte der ersten Hilfeleistungen bei plötzlichen Unglücksfällen** von Dr. Günter Rühl (vergriffen)
11 **Die Geschichte des Keuchhustens** von Dr. Brunhilde Kremer (vergriffen)
12 **Die Geschichte der Erkenntnis der akuten Pneumonie** von Dr. Friedrich Kageler (vergriffen)
13 **Die Opium- und Morphiumanwendung in der Kinderheilkunde** von Dr. Ilse Graby (vergriffen)
14 **Die Verdienste des Dorpater Professors Alexander Schmidt zur Erkennung des Wesens der Blutgerinnung** von Dr. Rolf Peppinghaus (vergriffen)
15 **Die Verdienste Alfred Hegars um die Entwicklung der Frauenheilkunde** von Dr. Walter Langen (vergriffen)
16 **Die Geschichte der Wendungsoperationen** von Dr. Oskar Beller (vergriffen)
17 **Stéphane Tarnier, sein Leben und sein Werk** von Dr. Maria Luise Hundhausen (vergriffen)
18 **Volksmedizinische Behandlungsweisen der Frauenkrankheiten im Altertum** von Dr. Karl Maria Kirch (vergriffen)
19 **Die geschichtliche Entwicklung der operativen Vereinigung der Gaumenspalten** von Dr. Wilhelm A. Becker (vergriffen)
20 **Die Verdienste Sanctorii Sanctorii um die Einführung physikalischer Methoden in die Heilkunde** von Dr. Hermann Miessen (vergriffen)
21 **Welche Kost empfahlen die Ärzte des 17. bis 19. Jahrhunderts den Menschen, um sich gesund zu erhalten und bei Krankheiten sich ohne ärztliche Hilfe Linderung zu verschaffen?** von Dr. Claire Stratmann (vergriffen)
22 **Die Verdienste André Levret's um die Entwicklung der Geburtshilfe** von Dr. Ortrud Arndt (vergriffen)
23 **Zur Geschichte des Gesundheitswesens der Stadt Elberfeld bis zum Jahre 1870** von Dr. Ilse Ottmer (vergriffen)
23a **Professor Dr. med. dent. h.c. Christian Bruhn und die Begründung der Westdeutschen Kieferklinik** von Dr. Suse-Marie Mayer
24 **Die Geschichte des Medizinalwesens in Koblenz bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts** von Dr. Wilhelm Diel (vergriffen)
25 **Von der Zentralbibliothek der Medizinischen Akademie zur Universitätsbibliothek Düsseldorf** von Werner Lichtner
26 **Die Geschichte der Mund-zu-Mund-Beatmung** von Dr. Imke Bartels
27 **Arthur Schloßmann und die Düsseldorfer Kinderklinik** von Dr. Peter Wunderlich und Dr. Karl Renner
28 **Der Verein der Ärzte Düsseldorfs bis zum Jahre 1931** von Dr. Johannes Chevalier
29 **Albert Neisser, Leben und Werk auf Grund neuer, unveröffentlichter Quellen** von Dr. Sigrid Schmitz
30 **Die Geschichte der Chirurgischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Düsseldorf von 1907 bis 1965** von Dr. Hiltrud Lingmann
31 **Willem Storm van Leeuwen und seine Bedeutung für die Asthmaforschung** von Dr. Hendrik Maria Beumer
32 **Die Geschichte des Pathologischen Instituts der Universität Düsseldorf** von Dr. Gert Zimmermann
33 **Die Geschichte des Instituts für Hygiene an der Universität Düsseldorf** von Dr. Peter Umbach
34 **Chodowiecki und die Medizin** von Dr. Ilka Kleimenhagen
35 **Die Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde** (Zentralverein Deutscher Zahnärzte) von Dr. Uta Althoff
36 **Georg Ludwig Zuelzers Beitrag zur Insulinforschung** von Dr. Klaus Helmut Mellinghoff (vergriffen)
37 **Die Geschichte der Frauenklinik an der Universität Düsseldorf 1907-1971** von Dr. Dr. Klaus Dusemund
38 **Die Geschichte der Krankenanstalt „Evangelismo" in Athen** von Dr. Julius Pikoulas
39 **Professor Dr. med. Heinrich Schade, Begründer der Molekularpathologie. - Leben und Werk. 1876-1935** von Dr. Jusef Hadjamu
40 **Die Geschichte des Krankenhauswesens in Grönland,** dargestellt an den Verhältnissen im Godthåb-Distrikt von den ersten Tagen der Kolonisierung im Jahre 1721 bis heute, von Dr. Rupert Steiner
41 **Überleben auf See,** Medizinische Aspekte des Schiffbrüchigen in historischen Darstellungen, von Dr. Reinhard G. Matschke (vergriffen)
42 **Die Krankheit Alfred Rethels** von Dr. Ute Schemuth
43 **Die Geschichte der Landesnervenklinik Andernach** von Dr. Beate Kufferath (vergriffen)
44 **Medizinisches im Briefwechsel von Caroline von Humboldt und Friederike Brun** von Dr. Ute Künzer (vergriffen)
45 **Professor Dr. med. et chir. Julius Eugen Schlossberger (1819-1860) - Begründer der physiologischen Chemie in Tübingen - Leben und Werk** von Dr. Fritz Heße
46 **Die Pocken im Deutsch-Französischen Krieg 1870/71** von Dr. Dr. Oskar Matzel
47 **Seekrankheit in der Antike** von Dr. Hermann Oldelehr
48 **Die Choleraepidemien in Düsseldorf** von Dr. Georg Fliescher
49 **Die Medizin in der Karikatur bei THOMAS THEODOR HEINE** von Dr. Johannes Konstantin Filippow
50 **Die zahnärztliche Versorgung der deutschen Kriegsmarine im Zweiten Weltkrieg** (mit einem Überblick über die zahnärztliche Versorgung der Royal Navy im Zweiten Weltkrieg) von Dr. Arno Müller
51 **Geschichte des Krankenhauswesens in Wilhelmshaven** von Dr. Adelgunde Rohlfs

Beiheft I **Medicinae et artibus; Festschrift für Professor Dr. phil. Dr. med. Wilhelm Katner zu seinem 65. Geburtstag** herausgegeben von Prof. Dr. Hans Schadewaldt (vergriffen)
Beiheft II **Tropenmedizinische Forschung bei Bayer** von Dr. Horst-Bernd Dünschede
Beiheft III **Vom Röntgenkabinett zur Strahlenklinik,** Beitrag zur Geschichte der Radiologie an den Düsseldorfer Universitätskliniken, von Dr. Gerhard Müther
Beiheft IV **75 Jahre Kinderheilkunde in Rheinland und Westfalen,** die Geschichte der Vereinigung rheinisch-westfälischer Kinderärzte 1900-1975, von Prof. Dr. med. habil Erich Püschel (vergriffen)